Aus der Universitäts-Frauenklinik Würzburg
Direktor: Professor Dr. med. K.-H. W u l f

TÄTIGKEIT EINER PRO-FAMILIA-BERATUNGSSTELLE

I n a u g u r a l - D i s s e r t a t i o n

verfaßt und der
Hohen Medizinischen Fakultät
der
Julius-Maximilians-Universität Würzburg
zur
Erlangung der medizinischen Doktorwürde

vorgelegt von
KARL HEINZ KIENLE
aus Lorch am Rhein

1. Oktober 1979

1980

Aus der Universitäts-Frauenklinik Würzburg
Direktor: Professor Dr. med. K.-H. W u l f

TÄTIGKEIT EINER PRO-FAMILIA-BERATUNGSSTELLE

I n a u g u r a l - D i s s e r t a t i o n

verfaßt und der

Hohen Medizinischen Fakultät

der

Julius-Maximilians-Universität Würzburg

zur

Erlangung der medizinischen Doktorwürde

vorgelegt von

KARL HEINZ KIENLE

aus Lorch am Rhein

1. Oktober 1979

Referent: Prof. Dr. med. C. Goecke

Korreferent: Prof. Dr. med. K.H. Wulf

Dekan: Prof. Dr. med. K.H. Wulf

Tag der mündlichen Prüfung: 28.02.1980

UNIV. LEIDEN BIBL.

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Universität Würzburg

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung 1
2. Problemstellung 11
3. Untersuchungsgang 12
4. Ergebnisse 19
   a) Partnerkonflikte 32
   b) Weibliche Kohabitationsstörungen 38
   c) Männliche Kohabitationsstörungen 46
   d) Schwangerschaften 50
   e) Kinderwunsch 55
   f) Sexualpädagogische Fragen 56
   g) Medizinische und psychologische Fragen 57
5. Diskussion 63
6. Zusammenfassung 75
7. Literaturverzeichnis 77

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41543521_0030

1. E I N L E I T U N G

GYNÄKOLOGISCHE SOZIALMEDIZIN

Die gynäkologische Sozialmedizin beinhaltet neben der Carcinomvor- und -nachsorge und der Schwangerschaftsbetreuung auch Themen der Familienplanung, Schwangerschaftskonfliktberatung und Sexualberatung, deren wesentlicher Einfluß auf das Wohlbefinden des Einzelnen unbestritten ist.

Bereits 1965 definierten Experten in der WHO den Bereich der sozialen Gynäkologie wie folgt (1, 53):
"Soziale Aspekte sind diejenigen persönlichen Aspekte und Aspekte des Gemeinschaftslebens, die auf das reproduktive Verhalten einwirken und insbesondere auf die Fähigkeit, Kinder zu bekommen.
Sie schließen jedoch auch das wirtschaftliche Potential einer Bevölkerung ein; außerdem die Gesundheit und ärztliche Behandlung einer jeden Frau mit besonderer Berücksichtigung ihrer Fortpflanzungsorgane.
Mit reproduktivem Verhalten und Gesundheit einer Frau sind auch jene Faktoren gemeint, die das Alter bei der ersten Geburt, die Größe einer Familie, die Morbidität und Mortalität von Mutter und Kind beeinflussen - aber auch alle damit in Zusammenhang stehenden organisatorischen Maßnahmen".

ENTWICKLUNG DER "PRO FAMILIA"

In der "PRO FAMILIA - Deutsche Gesellschaft für Sexualberatung und Familienplanung e.V." - finden wir in der Bundesrepublik Deutschland eine Organisation, die seit ihrer Gründung über Fragen der Familienplanung, bei Ehe- und Partnerkonflikten, sexualpädagogischen Fragen, Kinder-

losigkeit und ungewollter Schwangerschaft berät.

Erste Aktivitäten wurden bereits 1927 beobachtet. Damals besuchte Margret SANGER auf Einladung des Deutschen Ärztinnenbundes Berlin. Sie hatte als Krankenschwester und Fürsorgerin 1916 in New York eine Birth-control-clinic eröffnet und war deshalb mit Gefängnis bestraft worden. Sie wußte auch in Deutschland ihre Vorstellungen über Geburtenregelung überzeugend darzustellen. In Berlin und Frankfurt/Main fand man seitdem Rat zu Fragen der Empfängnisverhütung. Nach 1933 kam diese Beratungstätigkeit zum Erliegen.

1952 wurde in Kassel die "PRO FAMILIA - Deutsche Gesellschaft für Ehe und Familie" als Tochtergesellschaft der im gleichen Jahr in Bombay gegründeten "International Planned Parenthood Federation" und als Mitglied des Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverbandes konstituiert. Erster Präsident war Prof. Dr. Dr. Hans HARMSEN, erster Vizepräsident Dr. Anne-Marie DURAND-WEVER. Beide hatten schon vor 1933 einer wissenschaftlichen Arbeitsgemeinschaft, die Themen der Familienplanung diskutierte, angehört (8).

In den folgenden Jahren wurden in den Bundesländern Landesverbände gegründet und die ersten beiden Beratungsstellen in Berlin und Frankfurt/Main eingerichtet. 1968 existierten bereits 13 Beratungsstellen im Bundesgebiet, 1972 schon 45 und 1975 endlich 71 Beratungsstellen, vorwiegend in größeren Städten.

Jede Beratungsstelle wird von einem approbierten Arzt geleitet, in einzelnen Beratungsstellen zählen auch Psychologen bzw. psychotherapeutisch vorgebildete Ärzte und Sozialarbeiter zu den Mitarbeitern. Im Rahmen der flankierenden Maßnahmen zur Reform des § 218 StGB wurden 24 Modellberatungsstellen und zwei mobile Beratungsstellen zur Versorgung ländlicher Gebiete eingerichtet.

Bei ihrer Gründung sah die PRO FAMILIA ihre wesentliche Aufgabe in einer größeren Verbreitung von Wissen über Methoden der Familienplanung und in der Beratung Einzelner über das für ihn geeignete Empfängnisverhütungsmittel.

Konfrontiert mit einer steigenden Zahl von Sexualberatungen änderte die PRO FAMILIA 1970 ihre Bezeichnung in "Deutsche Gesellschaft für Sexualberatung und Familienplanung". Diese Änderung fand auch ihre Konsequenz in der Ausbildung der Berater. 1971 begann der erste, sich über 2 1/2 Jahre erstreckende Sexualberaterkurs, 1974 begannen zusätzliche Kurse über Schwangerschaftskonfliktberatung.

Zu Beginn des Untersuchungszeitraumes 1971 waren Ärzte, teilweise mit psychotherapeutischer Zusatzausbildung, in der PRO FAMILIA-Beratungsstelle "Auf der Körnerwiese 5" in Frankfurt/Main mit ihren damals drei Außenstellen in verschiedenen Stadtteilen beschäftigt. Unterstützt wurden sie neben den Sprechstundenhilfen von einer Sozialarbeiterin, zunächst stundenweise, ab Juni 1973 dann in einer Halbtagsstellung.

Im Rahmen der flankierenden Maßnahmen zur Reform des § 218 StGB wurde die Beratungsstelle im Januar 1974 zur Modellberatungsstelle erklärt, in der in 30 Wochenstunden ärztliche und in 12 zusätzlichen Wochenstunden psychologische Beratung angeboten wird. Dazu kommen 22 Wochenstunden ärztliche Beratung in mittlerweile 8 Außenstellen.

Seit 1974 wird auch eine juristische Beratung angeboten. Die Beratungsstelle zählte Ende 1975 ca. 25 haupt-, neben- und ehrenamtliche Mitarbeiter, davon 8 Ärzte. Über jede Beratung werden Aufzeichnungen auf standardisierten Karteikarten angelegt, auf denen auch Untersuchungsbefunde aus der Kontrazeptionsberatung fixiert sind.

Die Rückseite dieser Karteikarten kann für frei formulierte Befunde und Berichte genutzt werden. (Abb. 1)

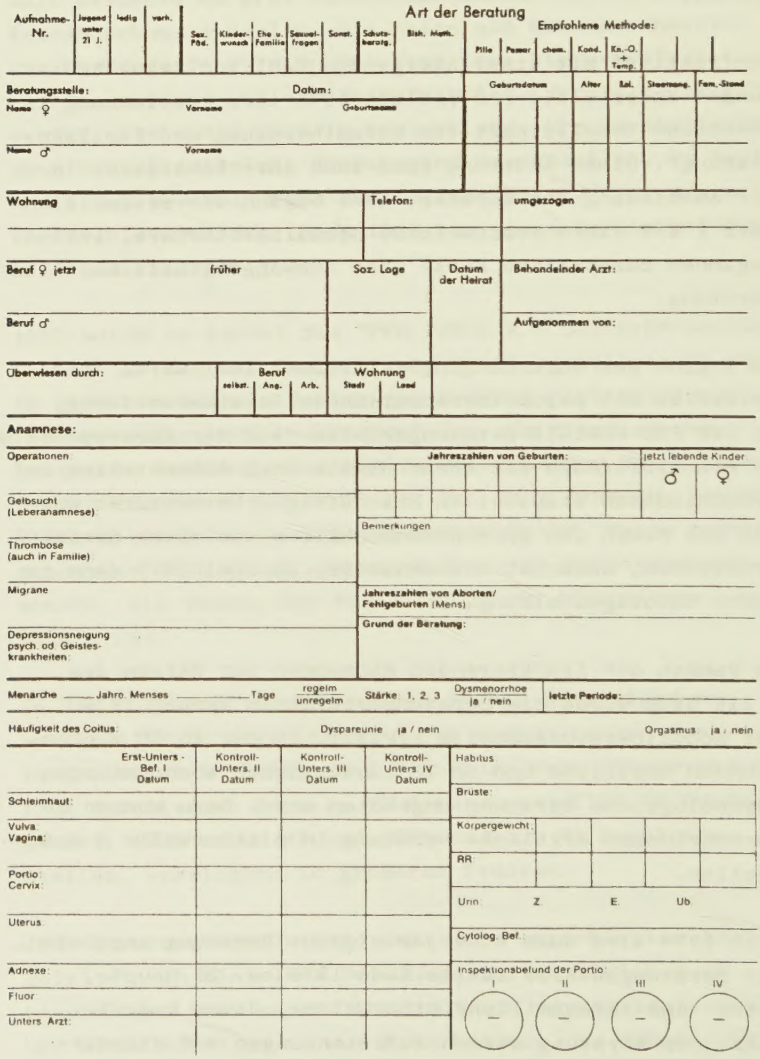

Abb. 1: Vorderseite einer PRO FAMILIA-Karteikarte (verkleinert)

AUFGABEN DER PRO FAMILIA

Sexualberatung:
Der Zusammenhang zwischen Störungen des Sexuallebens und psychischen Veränderungen ist unbestritten. Jedoch bedürfen nicht sämtliche Probleme, die in der individuellen Entwicklung der Sexualität und deren Konfrontation mit der Umwelt, speziell dem Partner, entstehen oder bewußt werden, einer eingehenden psychotherapeutischen Behandlung. Während Störungen der Kommunikationsfähigkeit und Beziehungsstörungen durch unbewußte Konflikte, die zu sexuellen Funktionsstörungen geführt haben, einer Psychotherapie zugeführt werden sollen, sind Ängste und Sexualprobleme, die durch mangelnde oder fehlgedeutete Erfahrungen (Aufklärung) entstanden, mit einem beratenden Gespräch lösbar. Aufgabe der Sexualberatung soll es sein, die genannten hauptsächlichen Konfliktursachen wie Kommunikations- oder individuelle Entwicklungsstörungen zu differenzieren, die Ratsuchenden der für ihre Störung am erfolgversprechendsten Therapieform und dem damit vertrauten Psychotherapeuten zuzuleiten, bzw. die beratenden therapeutischen Gespräche durchzuführen.

Außerdem soll der Sexualberater Sexualstörungen somatischer Genese wie z.B. Mißbildungen kennen und eventuell erkennen, um den Ratsuchenden zu einer fachärztlichen Diagnostik und Therapie überweisen zu können. Er muß zusätzlich über sexualpädagogische Inhalte und Didaktik informiert sein; nur so kann er auch unsicheren bzw. verunsicherten Eltern wirksam helfen.

In der Zeit vermehrter sexueller Aufklärung durch Massenmedien hat sich der Aufgabenbereich der Sexualberater nicht verkleinert, sondern hat eher zugenommen. So wurden 1974 von der PRO FAMILIA 4366 Sexualberatungen und 1975 bereits 7969 durchgeführt (41). Die Ursache dafür

mag völlig unabhängig von der "Aufklärungswelle" sein. Möglicherweise hat die Konfrontation mit neuen oft differierenden Sexualnormen auch in der commerciellen Werbung in vielen Fällen das Entstehen eines Problembewußtseins gefördert.

So müssen Publikationen mit leistungsorientierten Sexualnormen bei Frauen mit einer primären Anorgasmie - nach KINSEY (29) sind dies noch 25 % aller Frauen im ersten Ehejahr - zu Ängsten und Zweifeln an der eigenen Normalität führen. Nicht nur hier können (auf-) klärende Gespräche helfen, sondern auch dem älteren Paar, das die gesellschaftliche Norm der "Unschicklichkeit" ihrer noch bestehenden sexuellen Beziehung in Frage stellt.

Die Partnerschaft, in der es durch die Unfähigkeit eines oder beider Partner seine Emotionen mitzuteilen, zu Frustrationen und Konflikten gekommen ist, kann durch Gespräche mit einem die Gefühle verbalisierenden Berater vor weiterem Schaden bewahrt und ihre sexuelle Funktionsstörung oft wirksam behandelt werden. Persistiert die Störung, so ist der Berater über die wahrscheinliche Genese informiert und kann die Ratsuchenden an einen Psychotherapeuten weiterleiten. Das Gleiche gilt, wenn er als Ursache unverarbeitete kindliche Konflikte oder Störungen in der Persönlichkeitsentwicklung bei einem Ratsuchenden erkennt. So können Ejaculatio praecox, Frigidität und Anorgasmie als unbewußte Aggressivität oder als Identifikationskrise mit der eigenen Sexualrolle gedeutet werden. Die Angst vor einer Depotenzierung ("Kastrationsangst") kann sich in Impotenz und Frigidität äußern. Als weitere Ursachen sind Schuldgefühle gegenüber früheren Bezugspersonen, meistens den Eltern, zu nennen (13, 14, 15, 33).

Frühkindliche Ängste und Beziehungsstörungen sind häufige Ursachen von schweren Kontaktstörungen, bei denen der Ratsuchende jeder zu engen Beziehung, speziell auch

zum anderen Geschlecht, ausweicht, Partnerschaften nicht oder nur kurz aufrechterhalten kann, oder deren Inhalte auf das für ihn selbst Wesentliche beschränkt. Diese Störungen müssen nicht durch eine offensichtliche sexuelle Funktionseinschränkung auffallen - obwohl "vegetative" Zeichen dabei relativ häufig beobachtet werden. Der Berater muß sie als Ursache beispielsweise einer scheinbaren Homosexualität, einem Partnerkonflikt oder einer "Gruppenehe" erkennen und durch Bewußtmachen der Ursache den Ratsuchenden bei seinem Versuch, sein Verhalten zu ändern, unterstützen (5, 7, 9, 31, 32, 35, 36, 38, 43).

Schwangerschaftskonfliktberatung:
Im 5. Gesetz zur Reform des Strafrechts vom 18.6.1974 (§ 218 StGB) wird die medizinische Indikation zur Unterbrechung einer Schwangerschaft um die eugenische, ethische und eine soziale Indikation erweitert und eine Beratung für alle Schwangeren, die ihre Schwangerschaft nicht austragen wollen, gefordert. Diese Beratung soll von einem Arzt, einem Psychologen und/oder einem Sozialarbeiter vorgenommen werden. Die in diesem Gesetz gewährte Straffreiheit für Schwangerschaftsabbrüche in den ersten zwölf Wochen nach Empfängnis wurde in einem Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 25.2.1975 für verfassungswidrig erklärt. In der Urteilsbegründung wird der Gesetzgeber verpflichtet, Beratung und Hilfe anzubieten, "mit dem Ziel, die Schwangere an die grundsätzliche Pflicht zur Achtung des Lebensrechts des Ungeborenen zu mahnen, sie zur Fortsetzung der Schwangerschaft zu ermutigen und sie - vor allem in Fällen sozialer Not - durch praktische Hilfsmaßnahmen zu unterstützen". Die Berater sollen "auf den Motivationsprozeß gezielt Einfluß" nehmen (37).

Das Verb "beraten" impliziert zwar in seiner Bedeutung die Begriffe "vorschlagen", "empfehlen" und damit "Einfluß nehmen", eine psychologische Beratung hat jedoch

eine konstruktive Konfrontation des Ratsuchenden mit seinen Problemen und Konflikten mit einer individuellen, weitgehend wenig fremdbestimmten Willensbildung zum Ziel (34).

Der Konflikt, in dem sich der beratende Arzt nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts sieht, steht jedoch in keinem Vergleich zu seiner Situation vor Änderung des § 218 StGB, denn auch vor dem 18.6.1974 fragten Frauen mit Schwangerschaftskonflikten aus eugenischen, ethisch-kriminologischen und vor allem sozialen Gründen trotz der stark eingeschränkten Hilfsmöglichkeiten um Rat.

In der Schwangerschaftskonfliktberatung möchte die Schwangere von ihrer mehr oder weniger bewußten Angst vor dem Kind und den damit verbundenen persönlichen und sozialen Veränderungen befreit werden. Diese Angst kann aus ihren vitalsten Interessen entstehen. So stellen viele Erkrankungen eine absolute Indikation für einen Schwangerschaftsabbruch dar. Eine fakultative Indikation besteht, wenn ein komplizierter Schwangerschaftsverlauf sicher vorhersehbar ist. Von einer relativen Indikation spricht man, wenn eine Schwangerschaft für eine mütterliche Erkrankung unter normalen Umständen kein Risiko beinhaltet, jedoch unter Beachtung des Schweregrades der Krankheit, der Konstitution und des Alters der Schwangeren eine weitere Verschlechterung und/oder Gesundheitsgefährdung zu erwarten ist.

Unter Krankheit versteht man jedoch nicht nur organische, sondern auch psychische Veränderungen. Dazu zählen im Fall der Konfliktschwangerschaften neben den Psychosen vor allem die Depressionen, sowohl die mögliche reaktive der unverheirateten Frau auf die Schwangerschaft, als auch die Erschöpfungsdepression der unerwartet schwangeren älteren Frau mit mehreren Kindern. Wegen der bei jeder

Depression bestehenden Suicidgefahr kann auch dann nach Sicherung der Diagnose die Indikation zur Interruptio gestellt werden.

Die Angst der Schwangeren entsteht auch oft aus der Sorge um eine gesundheitliche Schädigung des ungeborenen Kindes und deren Rückwirkungen für die Mutter, insbesondere wenn in der Familie eines Elternteils vermehrt körperliche Mißbildungen oder Geisteskrankheiten beobachtet werden. Diese Befürchtung besteht auch bei Schwangeren, bei denen wegen ihres Alters mit der Möglichkeit eines mongoloiden Kindes gerechnet werden muß, und bei denen, die mit Röteln-Erkrankten oder Röntgenstrahlen in Kontakt gekommen sind.

Eine ethische Indikation kann gestellt werden nach Vergewaltigungen, bei Zeugungen in willens- oder bewußtlosem Zustand, bei Minderjährigen, Geisteskrankheiten und nach Inzestereignissen.

Schwangerschaftskonflikte entstehen aus den verschiedensten sozialen Motiven. Probleme wie die nicht abgeschlossene Ausbildung, die zu kleine Wohnung, die Angst vor den Eltern, dem Gerede der "Leute" oder der Partnerkonflikt bei außerehelicher Zeugung können psychische Dekompensationszustände von Krankheitswert induzieren (25, 27, 46, 48).

Kontrazeptionsberatung:
Kinderzahl und zeitlicher Abstand der Geburten sind einflußreiche Faktoren auf die Gesundheit der Frau, den sozialen Status der Familie und die Entwicklungsmöglichkeiten der Kinder. Deshalb liegt der Schwerpunkt der Tätigkeit von PRO FAMILIA seit ihrer Gründung in der Familienplanungsberatung. Die Vielzahl der heute zur Verfügung stehenden Kontrazeptiva und kontrazeptiven Praktiken erfordert vom Berater ein fundiertes

Wissen über deren Indikation, Kontraindikation und exakte Anwendung, um dem einzelnen Ratsuchenden das für ihn beste Verhütungsmittel empfehlen zu können. Die wichtigsten Methoden zur Empfängnisverhütung sind orale hormonelle Ovulationshemmer, vaginale spermizide Substanzen, Condome, Zeitwahlmethode, Coitus interruptus, Intrauterinpessare, Sterilisation, injizierbare hormonelle Ovulationshemmer, Scheidenpessar und Basaltemperaturmessung (30, 39, 41, 47).

Partnerschaftskonfliktberatung:
Für diesen Bereich des Beratungsangebotes der PRO FAMILIA wurde bewußt nicht der Begriff "Eheberatung" gewählt. Einmal, weil eine unmittelbare Ehevorbereitung - eine wesentliche Aufgabe der Eheberatung - lediglich in Form einer Familienplanungsberatung angeboten wird, zum anderen, weil Partnerkonflikte nicht auf die Institution Ehe beschränkt sind.

Zum größten Teil sind Konfliktinhalte und -gründe identisch mit denen der Sexualberatung. Kohabitationsstörungen und sexuelle Deviationen können einen Partnerkonflikt verursachen und umgekehrt. Hierzu kommen weitere Konfliktursachen. WAHL (51) gibt z.B. folgende Problematiken als Gründe einer Eheberatung in der Reihenfolge der Häufigkeit an: Störungen im Entwicklungs- und Reifungsprozeß, Neurosen im engeren Sinn, auf Charakterunterschieden beruhende Störungen, Reifungskrise der Ehe, sexuelle Disharmonie, Sucht, Schwierigkeiten im Eltern-Kind-Verhältnis, Probleme aus dem Kontakt mit außerfamiliären Dritten. Die fünf häufigsten Konfliktinhalte sind nach ZUBER (54) Charakter, Untreue, Sexualität, Geld und Alkohol. GROEGER (18) schätzt die Zahl der gefährdeten Ehen in der Bundesrepublik auf mindestens eine Million, das entspricht etwa 8 % aller Ehen. Bei einer sozialmedizinischen Untersuchung bei 20- bis 45jährigen Frauen gaben 18 % der befragten

954 Frauen an, sie fühlten sich in ihrer Familie nicht geborgen. Als Ursache dafür wurde in 29 % das Verhalten des Ehemannes genannt (17, 19, 20, 21, 42).

Die Beratung von Partnerkonflikten stellt für den bei der PRO FAMILIA tätigen Arzt eine wesentliche Aufgabe dar. Es fällt dem zu einem Kontrazeptionsproblem Ratsuchenden leicht, mit dem Berater, zu dem er Vertrauen gefunden hat, über seinen Partner zu sprechen. Dieser Berater ist oft auch durch seine spezielle Ausbildung in der Lage, als Außenstehender das Gespräch der Partner über ihr gemeinsames Problem in Gang zu bringen und zu leiten.

2. P R O B L E M S T E L L U N G :

In der vorliegenden Arbeit soll erstmals die Tätigkeit einer PRO-FAMILIA-Beratungsstelle - mit Ausnahme der Kontrazeptionsberatung - analysiert werden. Dies erscheint deshalb bedeutungsvoll, weil die PRO FAMILIA als größte sexualmedizinisch tätige Organisation der Bundesrepublik über Erfahrungen verfügt, die auch der ärztlichen Ausbildung zugänglich gemacht werden sollen. Ihre Bedeutung ist besonders wertvoll, nachdem Beratungsinhalte der PRO FAMILIA zum festen Bestandteil der ärztlichen Ausbildung wurden (24).

In dieser Analyse sollen die Schwerpunkte bei der Partnerkonfliktberatung, der Beratung bei sexuellen Funktionsstörungen und Schwangerschaftskonflikten liegen. Zu diesen Gebieten finden wir in der Literatur hauptsächlich kasuistische Beobachtungen und Diskussionen um Ursachen, Einteilung und Therapiemöglichkeiten, umfangreichere statistische Arbeiten über Häufigkeiten von Störungen und soziales Umfeld der Gestörten dagegen selten.

3. U N T E R S U C H U N G S G A N G

Es wurden sämtliche in den Jahren 1971 bis einschließlich 1975 abgelegten Karteikarten, d.h. alle in diesen fünf Jahren abgeschlossenen Fälle der Frankfurter PRO FAMILIA-Beratungsstelle "Auf der Körnerwiese 5", nach Problemen durchsucht, die nicht im Bereich der Kontrazeptionsberatung lagen. Eine Karteikarte zählte als ein "Fall", gleich ob eine Einzelperson oder ein Paar zur Beratung kam.

Aus 1556 Karteikarten wurden die folgenden persönlichen Daten erfaßt: Geschlecht, Alter, Konfession, Familienstand, Wohnort, Beruf, Zahl der Ehejahre, Kinderzahl, Zahl der Aborte, Zahl der ärztlichen Beratungen, außerdem Art der Therapie und, soweit eruierbar, deren Erfolg.

Die vorgefundenen Problemkreise wurden wie folgt geordnet:

- Partnerkonflikte
- Kohabitationsstörungen
- "Konflikt"-Schwangerschaften
- Kinderwunsch
- Sexualpädagogik
- Kontaktschwierigkeiten
- andere medizinische oder psychologische Fragen.

Diese Einteilung hatte sich an einem Mikrozensus, der vor der Untersuchung mit den im Jahre 1970 abgeschlossenen Fällen durchgeführt wurde, als praktikabel erwiesen.

Zur Sicherung der Verschwiegenheit wurden persönliche Daten, Probleme und angegebene Problemgründe in der Beratungsstelle verschlüsselt und auf vorgefertigten Journalbögen (Abb. 2) fixiert. Die Daten wurden auf

Lochbelege (Abb. 3) übertragen, mit deren Hilfe Lochkarten erstellt werden konnten. Diese Lochkarten wurden in der EDV-Anlage in der Hals-Nasen-Ohren-Klinik der Universität Würzburg ausgewertet[1]. Die Daten wurden nach Jahrgängen geordnet ausgezählt. Außerdem wurden Programme erstellt, mit denen Korrelationen zwischen einzelnen Daten ermittelt werden konnten.

Im Einzelnen wurden die im Folgenden beschriebenen Fragen und Probleme bei den verschiedenen Problemkreisen genannt und in die Datenverarbeitung aufgenommen.

Partnerkonflikte:
Unsicherheit in der Wahl des Partners, Charakterdissonanz, Mußehe, Alkoholismus, Untreue, Eifersucht, Entfremdung, fehlende Zärtlichkeit, sexuelle Funktionsstörung, Homosexualität, andere sexuelle Deviationen, das Gefühl, den Partner nicht mehr zu lieben, mangelnde Hygiene, finanzielle Streitigkeiten, Streit um alltägliche belanglose Dinge, Schwangerschaft, Kinderlosigkeit bzw. -wunsch, Streit um Kindererziehung, Einflüsse von außen (z.B. Massenmedien), Minderwertigkeitsgefühle eines Partners, Aggressivität, psychische Veränderungen, fehlende Lösung vom Elternhaus, Dominanz eines Partners, nicht verarbeitete Interruptio.

Ferner wurde festgehalten, wer nach Meinung des oder der in der Beratungsstelle erscheinenden Ratsuchenden Verursacher des Konfliktes sei.

---

1) An dieser Stelle sei den Herren MOSER (HNO-Klinik) und HÖCKER (Neurologische Klinik) für ihre Unterstützung gedankt.

Nr	unbekannt	Alter ♂	Alter ♀	Konfession	Familienstand ♂	Familienstand ♀	Wohnung ♂	Wohnung ♀	Beruf ♂	Beruf ♀	Kinderzahl	Aborte	Ehejahre	Zahl der Beratungen	Probleme	angebliche Urheber	Gründe für Partnerkonflikte		weibliche Kohabitationsstörungen: Art		weibliche Kohabitationsstörungen: Gründe			männliche Kohabitationsstörungen: Art		männliche Kohabitationsstörungen: Gründe		gesichert	Konflikt	Schwangerschaften: Gründe				Therapie	Erfolg
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36
1																																				
2																																				
3																																				
4																																				
5																																				
6																																				
7																																				
8																																				
9																																				
10																																				
11																																				
12																																				
13																																				
14																																				
15																																				
16																																				
17																																				
18																																				
19																																				
20																																				
21																																				
22																																				
23																																				
24																																				

Abb. 2: Journalbogen

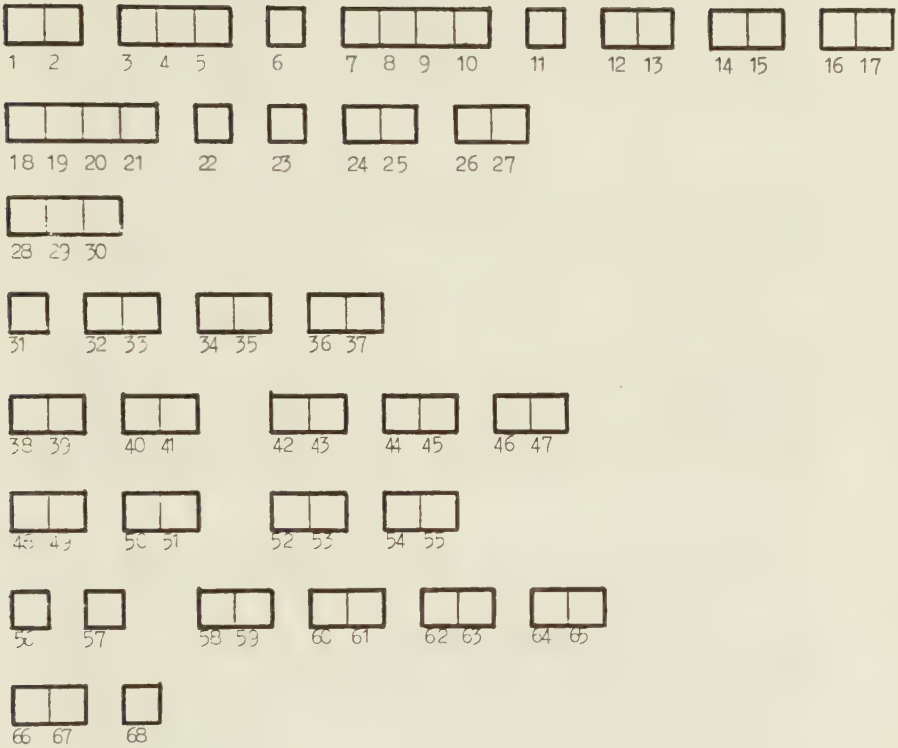

Abb. 3: Lochbeleg

Kohabitationsstörungen:
Folgende weibliche sexuelle Funktionsstörungen wurden registriert (2 Nennungen möglich):
Frigidität, Anorgasmie, Dyspareunie, verzögerter Orgasmus, Libidoverlust, Vaginismus und nicht näher beschriebene Störungen.

Bei den Kohabitationsstörungen der Männer gingen in die Datenverarbeitung ein:
Ejaculatio praecox, Impotentia coeundi, Algopareunie, Libidoverlust, Impotentia ejaculationis, Impotentia satisfactionis, Ejaculatio deficiens und Homosexualität.

Die angegebenen Gründe der Kohabitationsstörungen waren bei beiden Geschlechtern weitgehend gleich. Sie konnten deshalb in einen gemeinsamen Katalog aufgenommen werden (3 Nennungen bei der Frau, 2 beim Mann). Diese Gründe waren:
Allgemeine Angst vor dem Geschlechtsverkehr, Konzeptionsangst, traumatisches Erleben der Sexualität im Kindesalter, körperliche Behinderung, psychisch nicht verarbeitete Geburten bzw. gynäkologische Operationen, religiöse Schuldgefühle, strenge Erziehung und mangelnde sexuelle Aufklärung, fehlende Zärtlichkeit, allgemeine Unzufriedenheit mit dem eigenen Leben und der Umwelt, negative Erfahrungen mit anderen Partnern, Aggression gegen das andere Geschlecht, Unsicherheit und fehlendes Wissen über die sexuellen Funktionen, deren Entwicklung und Anatomie; ein negatives elterliches Vorbild, Bestrafung von sexuellen Aktivitäten in der Erziehung, fehlende Bestätigung des Partners, Kohabitationsstörungen beim Partner, störende Umgebung mit der Gefahr des Entdecktwerdens, manifester Partnerkonflikt, Libidoverlust als Folge der Einnahme eines Ovulationshemmers, Unerfahrenheit in der sexuellen Interaktion, Minderwertigkeitsgefühle, zwanghafte Masturbationen, beruflicher Streß.

"Konflikt"-Schwangerschaften:
Bei den ratsuchenden Schwangeren wurde zunächst das Alter der Gravidität erfragt und unterteilt in:

- Angst vor einer Schwangerschaft ohne jede Begründung
- Sichere Gravidität Mens I
- Sichere Gravidität Mens II
- Sichere Gravidität Mens III bis X
- Sichere Gravidität ohne Altersangabe
- Fragliche Schwangerschaft
- Schwangerschaft bereits unterbrochen.

Wichtig für die Einordnung der Problematik einer Schwangerschaft ist die Frage, ob die Schwangerschaft Ursache eines seelischen Konfliktes eines Partners oder Angehörigen darstellt. Deshalb wurden die entsprechenden Karteikarten zu diesen Fragen überarbeitet.

Folgende Gründe wurden von den Ratsuchenden angegeben (bis zu 4 Nennungen):
Angst vor einer Schädigung des ungeborenen Kindes, Angst um die Gesundheit der werdenden Mutter, finanzielle Schwierigkeiten, nicht abgeschlossene Berufsausbildung, Partnerlosigkeit, Partnerkonflikt, Angst um soziales Ansehen, Kinderzahl vollständig, einer der Partner fühlt sich zu jung, beengte Wohnverhältnisse, Angst der Erziehung des Kindes nicht gewachsen zu sein, ein Kind wird generell abgelehnt, die bestehende Schwangerschaft wurde nicht vom gegenwärtigen Partner gezeugt, psychische Labilität der Schwangeren, der Erzeuger hat die Schwangere mittlerweile verlassen, die Schwangerschaft war zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht geplant, Angst vor der Reaktion der Eltern, die nächsten Bezugspersonen (Eltern, Partner) lehnen die Schwangerschaft ab, der Erzeuger des Kindes ist anderweitig gebunden, in den letzten Monaten hat die Schwangere schon einmal entbunden, die Schwangerschaft entstand bei einer Vergewaltigung.

Kinderwunsch, Sexualpädagogik, Kontaktschwierigkeiten, andere medizinische und psychologische Fragen:
Bei den genannten Problembereichen interessierten hauptsächlich die demographischen Daten.

Dabei wurden in den Problemkreis Sexualpädagogik sowohl Eltern einbezogen, die speziell Fragen zur Erziehung ihrer Kinder hatten, als auch Jugendliche, die sich in der Beratungsstelle Informationen holten, die ihnen bislang nicht vermittelt wurden.

Im Problemkreis Kontaktschwierigkeiten finden wir Ratsuchende, die darunter leiden, daß sie keinen Partner finden können bzw. keine Partnerschaften aufrechterhalten können. Auch Ratsuchende mit Hemmungen, einen Menschen des anderen Geschlechts überhaupt anzusprechen, sind hier eingeordnet.

Der Problemkreis, der in keinen der anderen genannten Bereiche eingeordnet werden konnte, wurde zusammengefaßt und beinhaltet z.B. Fragen nach Psychotherapeuten, die bestimmte Methoden praktizieren, nach gynäkologischen oder venerischen Erkrankungen, nach Adoptionsmöglichkeiten usw. Er wurde mit "Medizinische und psychologische Fragen" überschrieben.

4. E R G E B N I S S E

DIE RATSUCHENDEN

Entwicklung der Zahl der Ratsuchenden:

Die Zahl der Ratsuchenden, bei denen nicht primär über Kontrazeption beraten wurde, betrug im Jahre 1971 noch 97. Im Einzelnen wuchs die Zahl 1972 um 72 % auf 167, 1973 um 23 % auf 206, 1974 um 117 % auf 448, 1975 um 42 % auf 638. Die Gesamtzahl aller Beratungsfälle beträgt somit 1556.

	1971	1972	1973	1974	1975	Gesamt
absolut	97	167	206	448	638	1556
%	6	11	13	29	41	100

Tab. 1: Zahl der Beratungsfälle (ohne Kontrazeptionsberatung) pro Jahr und ihr Anteil an der Gesamtzahl der Beratungen

Bei 396 (25 %) der 1556 "Fälle" kam ein Paar zur Beratung, 304mal ein Mann alleine (20 %), 848mal eine Frau alleine (54 %) und 8mal (1 %) ein Familienangehöriger. Es wurden demnach 1952 Personen beraten, davon 704 Männer. Obwohl die Anzahl der alleine in die Beratungsstelle kommenden Männer von 1971 bis 1975 von 30 auf 101 stieg, sank ihr Anteil am Gesamtklientel von 30,9 % auf 15,8 % der Fälle eines Jahres. Bei den Frauen, die ohne Partner die Beratungsstelle aufsuchten, ist eine umgekehrte Tendenz festzustellen. Ihr Anteil betrug 1971 noch 46,3 % (45 Fälle), 1975 jedoch 60,6 %, entsprechend 1387 Fälle. Der Anteil der Paarberatungen blieb nahezu konstant, 1971 22,6 %, entsprechend 22 Paaren, 1975 23,3 %, entsprechend 149 Paaren. Auch die Zahl der Personen, die für einen Angehörigen um Rat fragten, veränderte sich wenig.

	1971	1972	1973	1974	1975	Total
Mann alleine	30 30,9%	31 18,5%	47 22,8%	95 21,2%	101 15,8%	304 20%
Frau alleine	45 46,3%	83 49,7%	101 49,0%	232 51,7%	387 60,6%	848 54%
Paare	22 22,6%	51 30,5%	57 27,6%	117 26,1%	149 23,3%	396 25%
Angehör.	0 -	2 1,2%	1 0,5%	4 0,9%	1 0,2%	8 1%
Total (100 %)	97	167	206	448	638	1556

Tab. 2: Geschlecht der Ratsuchenden und ihr Anteil an der Zahl der Beratungsfälle des entsprechenden Jahres

Geschlecht und Alter der Ratsuchenden

Der prozentuale Anteil der Männer zwischen 15 und 54 Jahren, jeweils in Gruppen zu 5 Lebensjahren, bleibt über die gesammelten 5 Beratungsjahrgängen nahezu gleich.

Insgesamt kamen
54 Männer zwischen 15 und 19 Jahren (7,7 %)
149 Männer zwischen 20 und 24 Jahren (21,2 %)
151 Männer zwischen 25 und 29 Jahren (21,4 %)
142 Männer zwischen 30 und 34 Jahren (20,2 %)
101 Männer zwischen 35 und 39 Jahren (14,3 %)
42 Männer zwischen 40 und 44 Jahren (6,0 %)
23 Männer zwischen 45 und 49 Jahren (3,3 %) und
11 Männer zwischen 50 und 54 Jahren (1,6 %).

Der Anteil der 20- bis 39-jährigen Männer beträgt 77,1 %. Männliche Ratsuchende zwischen 55 und 69 Jahren blieben Einzelfälle, es waren je drei 55- bis 59-jährige und 60- bis 64-jährige (je 0,4 %) und zwei 65- bis 69-jährige (0,3 %). Bei insgesamt 23 Männern (3,3 %) war das Geburtsdatum nicht erfaßt.

Bei den Frauen sind es die 20- bis 24-jährigen, die mit insgesamt 304 (24,4 %) die stärkste Altersgruppe bilden. Dies trifft auch für die Jahrgänge 1971 (17 entsprechend 25,3 %), 1974 (92 entsprechend 26,2 %) und 1975 (142 entsprechend 26,5 %) zu. Im Gegensatz zu den Männern finden wir bei den Frauen auch die Altersgruppe der 10- bis 14-jährigen, die mit insgesamt 10 jungen Frauen 0,8 % der weiblichen Ratsuchenden ausmacht. Die 15- bis 19-jährigen stellen mit 187 15 %, die 25- bis 29-jährigen mit 275 22 %, die 30- bis 34-jährigen mit 210 16,8 %, die 35- bis 39-jährigen mit 139 11,1 %, die 40- bis 44-jährigen mit 62 5,0 % und die 45- bis 49-jährigen mit 29 2,3 % der weiblichen Ratsuchenden. Dies entspricht mit geringen Abweichungen auch dem Anteil der einzelnen Altersgruppen in den einzelnen Jahrgängen. Die 50- bis 54-jährigen sind mit 10 (0,8 %), die 55- bis 59-jährigen mit 2 (0,2 %), die 60- bis 64-jährigen mit 3 (0,2 %) und die 65- bis 69-jährigen mit einem Ratsuchenden (0,1 %) im weiblichen Gesamtklientel vertreten. Bei insgesamt 16 Frauen (1,3 %) war das Alter aus der Karteikarte nicht ersichtlich.

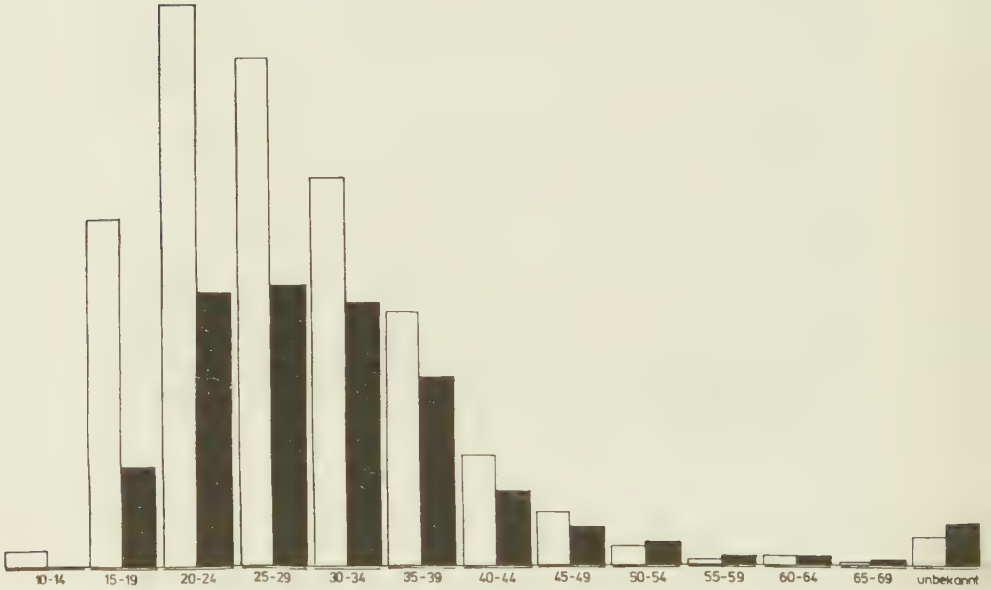

Abb. 4: Altersverteilung der Ratsuchenden,
Vergleich der absoluten Zahlen
Männer - schwarze Säulen
Frauen - weiße Säulen

Alter der Männer und Paarberatung:

27 der 15- bis 19-jährigen Männer kamen zusammen mit ihrer Partnerin in die Beratungsstelle (5 %), von den 20- bis 24-jährigen Männern insgesamt 66 (44,3 %). Der höchste Anteil der Männer, die mit ihrer Partnerin erschienen, findet sich bei den 25- bis 29-jährigen, es waren 96, entsprechend 63,6 % dieser Altersgruppe. Von den 30- bis 34-jährigen waren es 88 (62,2 %), 60 35- bis 39-jährige (59,4 %), 24 40- bis 44-jährige (57,1 %), 14 45- bis 49-jährige (63,6 %) und 5 50- bis 54-jährige (71,4 %). Ein Mann aus der Gruppe der 55- bis 59-jährigen und zwei 60- bis 64-jährige kamen mit Partnerin.

Alter der Frauen und Paarberatung:

Zwei der 10- bis 14-jährigen Frauen (20 %) kamen mit Partner zur Beratung, von den 15- bis 35-jährigen war es durchschnittlich jede dritte (361 der 15- bis 19-jährigen = 32,6 %, 100 der 20- bis 24-jährigen = 32,9 %, 86 der 25- bis 29-jährigen = 31,3 %, 74 der 30- bis 34-jährigen = 35,2 %). 40 der 35- bis 39-jährigen (28,8 %), 14 der 40- bis 44-jährigen (22,6 %) und 9 der 45- bis 49-jährigen (31,0 %) wurden gemeinsam mit ihrem Partner beraten, von den 50- bis 54-, 55- bis 59- und 60- bis 64-jährigen war es je eine Frau. Bei 7 der Frauen, die mit Partner erschienen, ist das Alter nicht bekannt.

Konfessionszugehörigkeit:

233 ratsuchende Paare (15 %) gehörten keiner christlichen Konfession an. In 595 Fällen (38,2 %) waren beide oder der alleine erschienene Partner evangelisch, in 371 Fällen (23,8 %) katholisch. 112 Partnerschaften (7,2 %) waren interkonfessionell. Auf 245 Karteikarten (15,7 %) fehlte die Religionsangabe.

Familienstand der Ratsuchenden:

429 Männer waren verheiratet, das entspricht 27,6 % aller Fälle; 285 ledige Männer, 15 geschiedene und 2 verwitwete wurden gezählt. In 823 Fällen (52,9 %) fehlen Angaben zum Familienstand des Mannes.
697 Frauen waren verheiratet, 475 Frauen ledig und 68 verwitwet. In 308 Fällen fehlten die entsprechenden Angaben.

In 452 Fällen, entsprechend 29,1 % aller Fälle, war der Familienstand beider Partner bekannt. Davon waren 308 (68,1 % von 452) miteinander verheiratet, 122mal (27 % von 452) beide Partner ledig. Einmal erschien ein lediger Mann mit einer verheirateten Frau und sechsmal kamen ledige Männer mit geschiedenen Frauen. 6 verheiratete Männer kamen mit ledigen Partnerinnen, je einer mit einer geschiedenen oder verwitweten Frau. Je zweimal kam ein geschiedener Mann mit einer ledigen, einer verheirateten oder ebenfalls geschiedenen Partnerin. Bei einem ratsuchenden Paar waren beide Partner jeweils mit einem Dritten verheiratet.

	M ledig	M verh.	M gesch.	Total
W ledig	122	6	2	130
W verh.	1	309	2	312
W gesch.	6	1	2	9
W verwitwet	-	1	-	1
	129	317	6	452

Tab. 3: Familienstand beider Partner

Wohnort der Ratsuchenden:

341 Männer wohnten am Ort der Beratungsstelle, 388 außerhalb. Auf 826 Karteikarten war kein Wohnort des männlichen Partners notiert.

2 Frauen hatten keine feste Wohnung, 674 wohnten am Ort der Beratungsstelle, 573 außerhalb. Bei 306 Fällen fehlen entsprechende Angaben.

Altersdifferenz der Partner

Diese Statistik stützt sich auf 492 Partnerschaften, bei denen das Alter beider Partner bekannt ist und entspricht damit 31,6 % aller Beratungsfälle. In 313 (63,7 %) dieser Partnerschaften war der männliche Partner gleichaltrig oder bis zu 5 Jahren älter. Den höchsten Anteil mit 78 Fällen (15,9 %) stellen die Partnerschaften, in denen der Mann 2 Jahre älter ist. Im Durchschnitt war der Mann 3,4 Jahre älter.

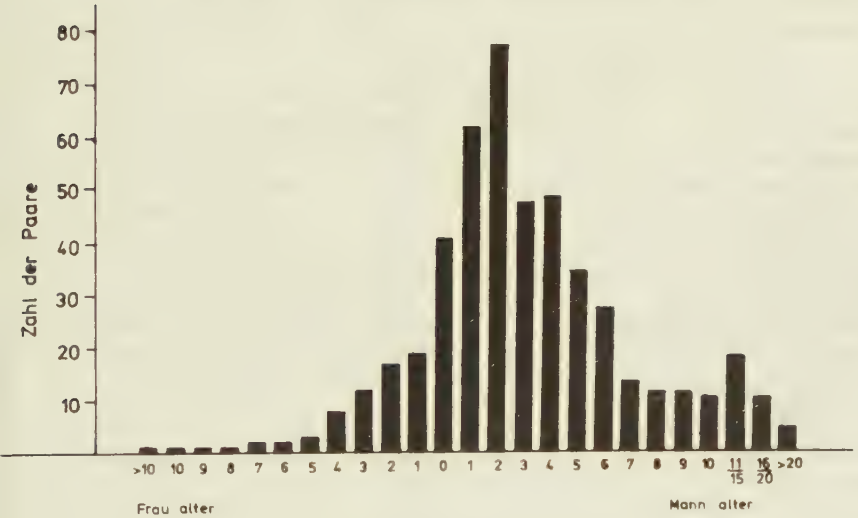

Abb. 5: Zahl der Paare und Altersdifferenz der Partner (n = 492)

Berufe der Ratsuchenden:

Untersucht man die auf den Karteikarten fixierten Berufe, also auch die der nicht in die Beratungsstelle gekommenen Partner, so findet man einen überdurchschnittlichen Anteil Angestellter ohne Hochschulabschluß. Es sind 798, entsprechend 38,5 % aller Berufsnennungen, davon 498 (62,4 %) Frauen. Die zweitstärkste Berufsgruppe bilden die "Nur"-Hausfrauen (einschließlich berufslose Frauen) mit 310 Nennungen (15 %). Es folgen 301 Beamte, Akademiker und Selbständige (14,6 %, davon 78,4 % Männer). Bei den 290 Studenten (14 %) besteht ein ausgeglichenes Geschlechtsverhältnis. Bei 202 Personen wurde als Beruf Schüler oder Lehrling genannt, davon 29,2 % Männer. Es fanden sich 141 (6,8 %) Arbeiter, davon 29,8 % Arbeiterinnen.

	Männer	Frauen	Gesamt	%
Angestellte	300	498	798	38,5
Hausfrauen incl. berufslose Frauen	-	310	310	15,0
Beamte(-innen) Akademiker(-innen) Selbständige	236	65	301	14,6
Studenten(-innen)	144	146	290	14,0
Schüler und Lehrlinge	59	143	202	9,7
Arbeiter	99	42	141	6,8
Arbeitslose	18	-+)	18	0,9
Soldaten und Ersatzdienstleistende	10	-	10	0,5
Rentner	2	-	2	0,1
Summe	868	1204	2072	100,0

+) arbeitslose Frauen wurden bei Hausfrauen mitgezählt

Tab. 4: Berufe

Kinderzahl der Ratsuchenden:

In 1044 Fällen (67,0 % der 1556 Fälle) war die Kinderzahl ersichtlich. 536 (51,3 %) davon waren kinderlos (darunter 59 Paare, die wegen Kinderwunsch um Rat fragten), 213 (20,4 %) hatten ein Kind, 183 (17,5 %) 2 Kinder, 78 (7,5 %) 3 Kinder, 24 (2,3 %) 4 Kinder und 10 (1,0 %) 5 und mehr Kinder.

	absolut	%
ohne	536	51,3
1	213	20,4
2	183	17,5
3	78	7,5
4	24	3,3
5 und mehr	10	1,0
	1044	100,0

Tab. 5: Kinderzahl (n = 1044)

Fehlgeburten:

Über die Anzahl der Aborte finden wir nur in 509 Fällen (32,7 % von 1555) eine Angabe. In 438 Fällen davon (86,1 %) hatte noch nie ein Abort stattgefunden, in 50 Fällen (9,8 %) ein Abort, in 12 Fällen (2,4 %) zwei Aborte, in 7 Fällen 3 Aborte (1,4 %) und in 2 Fällen 4 Aborte (0,4 %). In 14 % der Fälle, in denen über Fehlgeburten Auskunft gegeben wurde, hatte also bereits mindestens eine stattgefunden.

	absolut	%
ohne	438	86,0
1	50	9,8
2	12	2,4
3	7	1,4
4	2	0,4
	509	100,0

Tab. 6: Fehlgeburten (n = 509)

Ehejahre der verheirateten Ratsuchenden:

In 367 Fällen war die Anzahl der Ehejahre ersichtlich, das entspricht 44,9 % aller beratenen Fälle. 22 (6 % von 367) kamen im ersten Ehejahr, 33 (9 %) waren 1 Jahr, 38 (10,6 %) 2 Jahre, 26 (7,1 %) 3 Jahre, 30 (8,2 %) 4 Jahre, 24 (6,5 %) 5 Jahre und 18 (5 %) 6 Jahre verheiratet.

Ehejahr	absolut	%
1.	22	6
2.	33	9
3.	38	10,6
4.	26	7,1
5.	30	8,2
6.	24	6,5
7.	18	5
8.	20	5,4
9.	14	3,8
10. - 14.	63	17,2
15. - 19.	31	8,4
20. - 24.	17	4,6
25. - 29.	4	1,1
30. - 34.	1	0,3

Tab. 7: Ehejahre (n = 367)

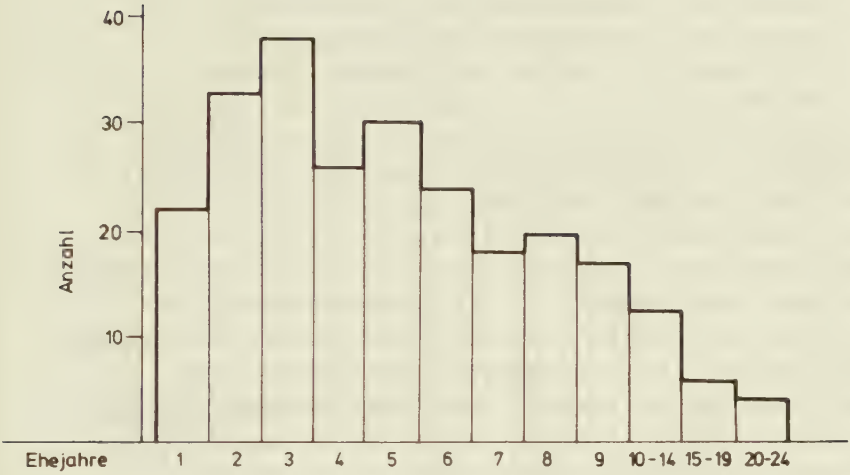

Abb. 6: Ehejahre der Ratsuchenden (n = 367), über 10 Ehejahren wurde der Durchschnitt für 1 Ehejahr berechnet

Die Anzahl der Ehepaare, die nach 8 Jahren Ehe die Beratungsstelle aufsuchten, beträgt 20 (5,4 %), 14 Paare (3,8 %) waren 9 Jahre verheiratet. Von 10 bis 34 Ehejahren wurden die Paare der Übersichtlichkeit wegen in Gruppen von 5 Ehejahren zusammengefaßt. Der Anteil der so lange Verheirateten sinkt jedoch konstant mit den Ehejahren.

PROBLEMKREISE

Da ein Teil der Ratsuchenden wegen mehr als einem der obengenannten Problemkreise die Beratungsstelle aufsuchte, wurden nur die drei wichtigsten Problemkreise eines "Falles" fixiert. In 9 Fällen war das Problem nicht ersichtlich. In 87,0 % (1346 Fälle der verbleibenden 1547 Fälle) kamen die Ratsuchenden wegen eines einzigen Problemkreises zur Beratung. In 188 Fällen (12,1 %) wurden zwei Problemkreise, in 13 Fällen (0,8 %) drei Problemkreise genannt. Insgesamt wurden 1761 Probleme genannt, davon 588mal (33,4 %) "Schwangerschaft", 384mal (21,8 %) "Partnerkonflikt" und 327mal (8,6 %) "Kohabitationsstörung der Frau". Es folgen mit 180 Nennungen (10,2 %) der Problemkreis "Kohabitationsstörung des Mannes" und mit 165 Nennungen (9,4 %) nicht in die übrigen 7 Problemkreise einzuordnende medizinische oder psychologische Fragen. Am Ende dieser Reihenfolge finden wir die Problemkreise "Kinderwunsch" mit 59 Nennungen (3,4 %), "Kontaktschwierigkeiten" mit 36 Nennungen (2,0 %) und "Sexualpädagogische Fragen" mit 22 Nennungen (1,2 %).

Problemnennungen im Laufe der Vergleichsjahre:

Die höchste Steigerungsrate mit 1035,7 % von 1971 bis 1975 finden wir im Problemkreis "Schwangerschaften", der alle ratsuchenden Schwangeren bzw. fraglich Schwangeren beinhaltet, gleichgültig, ob diese Schwangerschaft konfliktbehaftet ist. Betrug ihr Anteil mit 28 Nennungen 1971 noch 23,3 %, so machten sie 1975 mit 318 Nennungen schon 42,4 % aller in diesem Jahr genannten Probleme aus, wobei die größte Steigerung zwischen den Jahren 1973 und 1974 liegt. Ab 1974 stellen die Schwangerschaften auch den höchsten Anteil aller Nennungen; in den davorliegenden Jahren waren es die Partnerkonflikte. Nur noch der Bereich "Andere medizinische und psychologische Fragen" liegt mit seiner absoluten Steigerung über dem Durch-

schnitt: ihr Anteil stieg von 8 (6,6 %) 1971 auf 82 (10,9 %) 1975. Alle anderen Problemnennungen stiegen von 1971 bis 1975 zwar mit ihrer absoluten Zahl, ihr Anteil an der Gesamtzahl aller Nennungen eines Jahres sank jedoch.

Problem	1971	1972	1973	1974	1975	Gesamt
Partnerkonflikt	31 25,8%	54 29,0%	55 23,2%	105 21,9%	139 18,5%	384 21,8%
Kohab.stör. der Frau	27 22,5%	32 17,2%	53 22,3%	110 23,0%	105 14,0%	327 18,6%
Kohab.stör. des Mannes	14 11,6%	17 9,1%	37 15,5%	46 9,6%	66 8,8%	180 10,2%
"Konflikt"-Schwangerschaft	28 23,3%	46 24,7%	40 16,8%	156 32,6%	318 42,4%	588 33,4%
Kinderwunsch	5 4,1%	5 2,6%	11 4,6%	19 3,9%	19 2,5%	59 3,4%
Sexualpädagogische Fragen	- -	5 2,6%	7 2,9%	4 0,8%	6 0,8%	22 1,2%
Kontaktschwierigkeiten	7 5,8%	3 1,6%	7 2,9%	7 1,4%	12 1,6%	36 2,0%
Andere med. und psych. Fragen	8 6,6%	20 10,7%	25 10,5%	30 6,2%	82 10,9%	165 9,4%
Keine Problemnennung	- -	4 2,1%	2 0,8%	1 0,2%	2 0,2%	9 0,6%
Total	120 100%	186 100%	237 100%	478 100%	749 100%	1770 100%

Tab. 8: Problemnennung während des Beobachtungszeitraumes

Mehrfachnennungen:
Bei 133 der 201 Mehrfachnennungen wurde ein Problem aus dem Bereich "Partnerkonflikt" genannt, davon 113mal in Verbindung mit der Kohabitationsstörung eines Partners. Das entspricht etwa einem Fünftel aller Fälle von Kohabitationsstörungen.

32mal traten männliche und weibliche Kohabitationsstörungen gemeinsam auf, das entspricht 9,7 % aller weiblichen und 17,7 % aller männlichen Kohabitationsstörungen. 14mal waren die Problembereiche "Konflikt-Schwangerschaft" und "andere medizinische und psychologische Fragen" gemeinsam genannt (8,4 % aller medizinischen und psychologischen Fragen, 3,3 % aller Schwangerschaften). Von den 13 Dreifachnennungen entfallen 9 auf die Kombination Partnerkonflikt - männliche und weibliche Kohabitationsstörungen.

PARTNERKONFLIKTE

Auf das Soziogramm der Ratsuchenden eines Problemkreises wird im weiteren Verlauf nur bei auffallenden Unterschieden zum Gesamtklientel eingegangen.

Alter der Ratsuchenden mit Partnerkonflikt:

Der Anteil der 15- bis 24-jährigen Männer ist bei den Ratsuchenden des Problemkreises "Partnerkonflikte" deutlich niedriger als im Gesamtklientel, bei den 25- bis 29-jährigen nahezu identisch und bei den 30- bis 39-jährigen sichtlich höher. Der Prozentsatz der 40- bis 44-jährigen Männer differiert in beiden Klientels nur um 0,3 %, bei den 45- bis 54-jährigen im Durchschnitt wieder um 3 % (2,7 % bei den 45- bis 49-jährigen, 3,3 % bei den 50- bis 54-jährigen).

Altersgruppe	Zahl	%
15 - 19	2	0,5
20 - 24	24	6,3
25 - 29	48	12,5
30 - 34	60	15,6
35 - 39	38	9,9
40 - 44	14	3,6
45 - 49	14	3,6
50 - 54	12	3,1
55 - 59	1	0,3
60 - 64	-	-
65 - 69	2	0,5
70 - 74	1	0,3
Keine Angabe	168	43,8
Total	348	100,0

Tab. 9: Alter der Männer mit Partnerkonflikt

Auch bei den Frauen liegt der Anteil der bis zu 24-jährigen niedriger als im Gesamtklientel, bei den 25- bis 49-jährigen jedoch um durchschnittlich 3 % höher.

Altersgruppe	Zahl	%
15 - 19	13	3,4
20 - 24	55	14,3
25 - 29	85	22,1
30 - 34	70	18,2
35 - 39	47	12,2
40 - 44	29	7,6
45 - 49	20	5,2
50 - 54	7	1,8
55 - 59	1	0,3
60 - 64	1	0,3
65 - 69	1	0,3
keine Angabe	55	14,3
Total	384	100,0

Tab. 10: Alter der Frauen mit Partnerkonflikt

Familienstand:

Sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen, die wegen eines Partnerkonfliktes zur Beratung kamen und bei denen der Familienstand bekannt ist, liegt der Anteil der Verheirateten deutlich höher als im Gesamtklientel.

Stand	Zahl	%
ledig	35	9,1
verheiratet	164	42,7
geschieden	3	0,8
verwitwet	1	0,3
Keine Angabe	181	47,1
Total	384	100,0

Tab. 11: Familienstand der Männer mit Partnerkonflikt

Stand	Zahl	%
ledig	40	10,4
verheiratet	270	70,3
geschieden	12	3,1
verwitwet	1	0,3
Keine Angabe	61	15,9
Total	384	100,0

Tab. 12: Familienstand der Frauen mit Partnerkonflikt

Wohnort:

Bei den Partnern, bei denen der Wohnort bekannt ist, liegt der Anteil der außerhalb des Ortes der Beratungsstelle Wohnenden um 5 % höher als beim Gesamtklientel. Entsprechend geringer ist die Anzahl der Karteikarten ohne Wohnortangabe eines Partners.

Beruf:

Angestellte und die Gruppe der Beamten, Akademiker und Selbständigen sind bei den Konfliktpartnerschaften im

Vergleich zum Gesamtklientel deutlich häufiger anzutreffen. Ratsuchende, die noch in der Ausbildung stehen, finden sich dagegen seltener.

	Männer	Frauen	Summe	%
Angestellte	102	138	240	43,0
Hausfrauen - incl. berufslose Frauen	-	98	98	17,6
Beamte Akademiker Selbständige	91	29	120	21,5
Studenten	21	21	42	7,5
Schüler und Lehrlinge	6	11	17	3,0
Arbeiter	30	5	35	6,3
Arbeitslose	4	bei Hausfr. mitgezählt	4	0,7
Soldaten und Ersatzdienstl.	1	-	1	0,2
Rentner	1	-	1	0,2
Summe	256	302	558	100,0

Tab. 13: Berufe bei Konfliktpartnerschaften

Konflikturheber nach Meinung der Ratsuchenden:

140mal war nach Meinung des Ratsuchenden der männliche Partner Verursacher des Konfliktes, 98mal der weibliche Partner. 91mal glaubte der (oder die) Ratsuchende(n), daß beide Partner am Entstehen des Konfliktes mitgewirkt haben. Im Vergleich dazu kamen in 70 Fällen der Mann, in 215 Fällen die Frau und in 99 Fällen beide Partner zur Beratungsstelle.

	Verursacher	Ratsuchende
Mann	140 (42,29 %)	(18,2 %)
Frau	98 (29,6 %)	(56,0 %)
Beide	91 (27,5 %)	(25,8 %)

Tab. 14: Angeblicher Konfliktverursacher

Konfliktursachen:

Folgende Konfliktursachen waren in der Reihenfolge der Häufigkeit von den Ratsuchenden genannt bzw. mit dem beratenden Arzt erarbeitet. Bis zu drei Nennungen wurden berücksichtigt (Tab. 15).

	n	%
1. Kohabitationsstörungen	94	24,5
2. Untreue des Mannes	88	22,9
3. Unsicherheit in der Partnerwahl	73	19,0
4. Charakterdissonanz	58	15,1
5. Untreue der Frau	54	14,1
6. Homosexualität eines Partners	37	9,6
7. Alkoholismus	35	9,1
8. Eifersucht	35	9,1
9. Dominanz eines Partners	31	8,1
10. Gefühl, den Partner nicht mehr zu lieben	30	7,8
11. Aggressivität des Mannes	28	7,3
12. Entfremdung	25	6,5
13. Aggressivität der Frau	22	5,7
14. Streit um Kleinigkeiten	21	5,5
15. Mußehe	18	4,7
16. mangelnde Lösung des Mannes von den Eltern	18	4,7
17. finanzielle Streitigkeiten	16	4,2
18. psych. Alteration der Frau	16	4,2
19. nicht verarbeitete Interruptio	16	4,2
20. fehlende Zärtlichkeit	15	3,9
21. Untreue beider Partner	12	3,1
22. mangelnde Lösung der Frau von den Eltern	12	3,1
23. sexuelle Deviation der Frau	10	2,6
24. psych. Alteration des Mannes	10	2,6
25. sexuelle Deviation des Mannes	9	2,3
26. Kinderlosigkeit bzw. -wunsch	7	1,8
27. fragliche Schwangerschaft	6	1,6
28. sichere Schwangerschaft	6	1,6
29. Streit um Kindererziehung	6	1,6
30. mangelnde Hygiene eines Partners	4	1,0
31. Minderwertigkeitsgefühle eines Partners	3	0,8
32. normativer Einfluß von Massenmedien	2	0,5

Tab. 15: Ursachen der Partnerkonflikte in der Reihenfolge der Häufigkeit (n = 384, Mehrfachnennungen möglich)

Faßt man die angegebenen Konfliktursachen in Gruppen zusammen, so steht die Untreue eines Partners mit 154 Nennungen im Vordergrund. Es folgen die Kohabitationsstörungen inclusive homosexueller Neigungen oder anderer sexueller Deviationen mit 150 Nennungen, in diesem Fall sind jedoch Doppelnennungen möglich, was an der Reihenfolge nichts ändert. An dritter Stelle steht die Unsicherheit in der Wahl des Partners mit 73 Nennungen. Zu dieser Gruppe von Ratsuchenden gehören einmal diejenigen, die zu Beginn einer Partnerschaft bzw. Ehe standen und solche, denen im Laufe der Partnerschaft bzw. Ehe Zweifel an der Richtigkeit ihrer Wahl kamen. Hinzu kommen 58 Partnerschaften, von denen mindestens ein Partner meinte, er habe festgestellt, sie würden charakterlich nicht zueinander passen. Seelische und körperliche Aggressivität (28mal des männlichen und 22mal des weiblichen Partners) war 50mal Ursache des Konfliktes. Es folgen mit je 35 Nennungen Eifersucht und Alkoholismus. Dominanz bzw. Minderwertigkeitsgefühle eines Partners waren 34mal am Entstehen eines Partnerkonfliktes beteiligt. 30 Partnerschaften wiesen eine Störung auf, die durch eine mangelnde Lösung eines Partners (18mal des Mannes, 12mal der Frau) von seiner primären Bezugsperson bedingt wurde. Es folgt der Problemkreis "Schwangerschaft" mit 28 Nennungen, je 6 dieser Graviditäten waren fraglich bzw. sicher, 16 bereits abgebrochen. Eine seelische Veränderung oder Erkrankung im weitesten Sinn eines Partners (16mal des Mannes, 12mal der Frau) führte in 26 Fällen zu einem Partnerkonflikt. Bei 21 Partnerschaften trugen Streitereien um von den Partnern selbst als belanglos beschriebene Fragen zu einem ernsteren Partnerkonflikt bei oder waren dessen Symptom. 18 Ehen wurden wegen einer Schwangerschaft geschlossen und waren deshalb nach Meinung eines Partners gestört. In 16 Fällen führten finanzielle Streitigkeiten zu einem Partnerkonflikt. 15mal beklagte sich einer der Partner über mangelnde Zärtlichkeit. Es folgen Kinderwunsch mit 7 Nennungen, Streit um die Erziehung der Kinder mit 6 Nennungen und 4mal die Klage über die mangelnde Körperhygiene des Partners. Zweimal wurde der Einfluß von

Massenmedien als ursächlich für den Konflikt angesehen.

	Nennungen	%
Untreue	154	40,1
Störungen der Sexualität	150	39,0
Unsicherheit in der Wahl	73	19,0
Charakterdissonanz	58	15,1
Aggressivität	50	13,0
Eifersucht	35	9,1
Alkoholismus	35	9,1
Dominanz und Minderwertigkeitsgefühle	34	8,9
mangelnde Lösung von den Eltern	30	7,8
Schwangerschaft	28	7,4

Tab. 16: Die zehn häufigsten Partnerkonfliktursachen gruppiert

Ursache des Partnerkonfliktes und Altersdifferenz der Partner:

Bei 412 (50,4 %) aller Konfliktursachennennungen war die Altersdifferenz der Partner bekannt. 384 (93,2 % der Nennungen mit bekannter Altersdifferenz) verteilen sich relativ gleichmäßig ohne Auffälligkeiten in der Spanne zwischen den um 12 Jahre älteren Männern über die Gleichaltrigen bis zu den um 4 Jahre älteren Frauen. Bei den um 13 bis 15 Jahre älteren Männern sowie bei den um 5 und 6 Jahre älteren Frauen findet sich keine Nennung. 28 genannte Probleme bzw. Konfliktgründe fallen dadurch auf, daß sie nicht im obengenannten Bereich liegen, davon 4mal Unsicherheit in der Partnerwahl und 3mal Untreue des Mannes.

WEIBLICHE KOHABITATIONSSTÖRUNGEN

Alter:

Im Vergleich zur Altersstruktur der Frauen, die zur Beratungsstelle kamen, finden sich unter denen mit Kohabitationsstörungen signifikant mehr aus der Altersgruppe der 20- bis 24-jährigen. Das Verhältnis gestaltet sich bei den über 30-jährigen Frauen umgekehrt.

Alter	absolut	%
10 - 14	1	0,3
15 - 19	58	17,7
20 - 24	113	34,6
25 - 29	63	19,3
30 - 34	38	11,6
35 - 39	19	5,8
40 - 44	3	0,9
45 - 49	2	0,6
50 - 54	2	0,6
55 - 59	0	0
60 - 64	1	0,3
Unbekannt	27	8,3
Total	327	100,0

Tab. 17: Altersgruppen der Frauen mit Kohabitationsstörungen

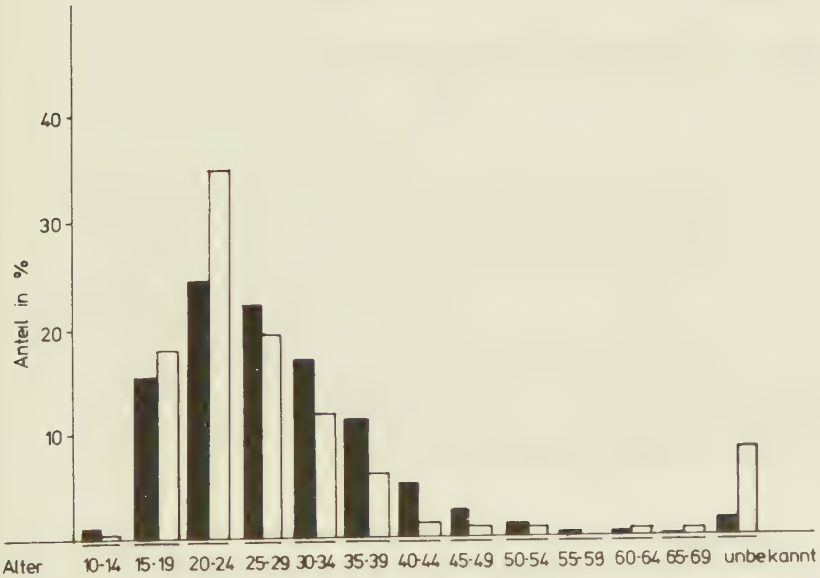

Abb. 7: Altersverteilung aller ratsuchenden Frauen (n = 1248, schwarze Säulen) und der Frauen mit Kohabitationsstörungen (n = 327, weiße Säulen)

Familienstände:

Der Anteil der ledigen Frauen ist um 7,5 % höher als beim Gesamtklientel. In drei Fällen war die gestörte Beziehung eindeutig als außerehelich zu erkennen, dabei war immer der verheiratete Mann an eine andere Partnerin gebunden, einmal waren beide Partner anderweitig verheiratet.

Familienstand	absolut	%
ledig	149	45,6
verheiratet	140	42,8
geschieden	6	1,8
verwitwet	1	0,3
Keine Angabe	31	9,5
Total	327	100,0

Tab. 18: Familienstände der Frauen

Berufe:

Studentinnen finden sich in diesem Personenkreis um 6,6 % häufiger (18,7 % zu 12,1 %), während Hausfrauen seltener als im Gesamtklientel genannt werden (13,2 % zu 25,7 %). Nur 4 (1,2 %) der Frauen mit Kohabitationsstörungen sind Arbeiterinnen, unter allen ratsuchenden Frauen waren es 3,5 %. Bei den anderen Berufen sind die Unterschiede gering. Es fällt lediglich auf, daß 12 der 13 Frauen aus der Gruppe Beamtinnen, Akademikerinnen und Selbständige ein Hochschulstudium abgeschlossen hatten.

Beruf	n	%
Arbeiterinnen	4	1,2
Angestellte	133	40,8
Beamtinnen Akademikerinnen Selbständige	13	4,0
Schülerinnen Lehrlinge	36	11,0
Studentinnen	61	18,7
Hausfrauen	43	13,2
Keine Angaben	36	11,0
Insgesamt	326	100,0

Tab. 19: Berufe der Frauen mit Kohabitationsstörungen

Art und Häufigkeit der weiblichen Kohabitationsstörungen:

Mit Abstand am häufigsten wurde in 148 Fällen (45,3 %) über eine Anorgasmie geklagt, die als fehlender Orgasmus bei vorhandener Libido definiert wird. In 48 Fällen (14,7 %) bestand eine Frigidität, in 44 Fällen (13,5 %) eine im Vergleich zu früher reduzierte Libido. Bei 40 Frauen (12,2 %) war der Koitus mit Schmerzen verbunden. Die Häufigkeiten der sonstigen Störungen sind aus der Tab. 20 ersichtlich. Unter "Virginität" ist dabei die unerwünschte Virginität (z.B. aus Angst vor der Defloration) zu verstehen. Unter dem Begriff "Orgasmus retardatus" wurden die Klagen über einen zu langen Zeitraum bis zum Erreichen des Orgasmus zusammengefaßt. Mit Vaginismus definierten wir Spasmen der Vagina, die eine Imissio penis unmöglich machen.

	n	%
Anorgasmie	148	45,3
Frigidität	48	14,7
Libidoverlust	44	13,5
Algopareunie	40	12,2
Vaginismus	17	5,2
Virginität	10	3,1
Orgasmus retardatus	4	1,2
unklare oder keine Angaben	42	12,9

Tab. 20: Häufigkeiten der weiblichen Kohabitationsstörungen, Doppelnennungen möglich (n = 327)

Bei allen Störungen, bis auf den "Orgasmus retardatus" und den "Libidoverlust", kamen in der Mehrzahl Frauen alleine in die Beratungsstelle, lediglich bei den genannten Ausnahmen waren die Paare in der Überzahl.

Einem relativen Anstieg der Anorgasmie (35,7 % 1971 und 47,0 % 1975) und des Libidoverlustes (3,6 % 1971 resp. 17,4 % 1975) während des Beobachtungszeitraumes steht ein relatives Absinken der nicht spezifizierbaren Störungen (14,3 % 1971 und 5,2 % 1975), der Frigidität (17,9 % 1971 resp. 11,3 % 1975) und des Vaginismus (7,1 % 1971 und 4,3 % 1975) gegenüber. Die Algopareunie der Frau stellte 1971 7,1 % aller Störungen, erreichte 1973 mit 15,8 % einen relativen Gipfel und hatte 1975 wieder einen Anteil von 8,7 %.

Art der Störung und Familienstand der Frau:

Das Verhältnis der ledigen zu den verheirateten Frauen beträgt 164 : 149, faßt man die Geschiedenen und Ledigen zu einer Gruppe (der zum Zeitpunkt der Beratung nicht Verheirateten) zusammen, sogar 172 : 149. Bei 32 Karteikarten (9,1 %) fehlt die Angabe über den Familienstand.

Im Vergleich der einzelnen Störungen untereinander fällt auf, daß bestimmte Störungen bedeutend häufiger bei nicht verheirateten Frauen, andere mehr von verheirateten genannt werden. Frigidität und Libidoverlust traten wesentlich häufiger bei verheirateten Frauen auf. Dagegen überwiegt die Anzahl der ledigen Frauen bei Anorgasmie, Algopareunie und Vaginismus.

	Ledig	Verh.	Gesch.	Keine Angaben
Anorgasmie	83	50	6	9
Frigidität	20	27	-	1
Libidoverlust	6	29	-	9
Algopareunie	23	13	2	2
Vaginismus	11	6	-	-
Virginität	2	3	-	5
Orgasmus ret.	3	1	-	-
unklare oder keine Angaben	16	20	-	6
Summen	164	149	8	32
	46,5%	42,2%	2,3%	9,1%

Tab. 21: Art der weiblichen Kohabitationsstörung und Familienstand der Frau (n = 327, Doppelnennungen möglich)

Ursachen der weiblichen Kohabitationsstörungen:

Nur in 173 Fällen (52,9 %) finden sich Angaben bezüglich der Störungsursache. Als häufigste Ursache einer weiblichen Kohabitationsstörung wurde eine strenge Erziehung und mangelnde sexuelle Aufklärung insgesamt 56mal angeschuldigt, davon alleine 30mal von anorgastischen Frauen (20,3 % aller Fälle von Anorgasmie). Auch unter ihrer Frigidität leidende Frauen gaben mit 9 (18,8 %) Nennungen am häufigsten diese mögliche Ursache an. Das Gleiche gilt für Frauen mit Algopareunie (9 entsprechend 22,5 %) und Frauen mit Vaginismus (3 entsprechend 17,6 %).

Mit 29 Nennungen wird eine vorausgegangene Geburt oder gynäkologische Operation als Auslöser der Störung aufgeführt. Zusammen mit der Ursache "Partnerkonflikt" werden diese Gründe von den Frauen mit Libidoverlust mit 6 Nennungen (13,6 %) am häufigsten angeschuldigt. Von den Frauen mit einer nicht klassifizierbaren Störung wird diese Ursache am häufigsten genannt. Von den frigiden Frauen werden gynäkologische Operationen beziehungsweise Geburten fünfmal (10,4 %), d. h. am zweithäufigsten als Ursache ihrer Störung angeschuldigt. An zweiter Stelle der möglichen Ursachen einer Anorgasmie steht mit 16 Nennungen (10,8 %) ein Partnerkonflikt, bei Frauen mit Schmerzen beim Geschlechtsverkehr mit 7 Nennungen (17,5 %) eine - meist gynäkologische - Erkrankung.

Angebliche Ursache der Kohabitationsstörung	n	%
Keine Angaben zur Ursache	154	47,1
Strenge Erziehung, mangelnde Aufklärung	56	17,1
Gynäkologische Operation oder Geburt	29	8,9
Konzeptionsangst	25	7,6
Partnerkonflikt	25	7,6
Angst vor dem Koitus	21	6,4
Einnahme eines oralen Kontrazeptivums	19	5,8
Negative Erfahrungen mit vorangegangenen Partnern	19	5,8
Akute Erkrankung eines Partners	18	5,5
Religiöse Vorbehalte	18	5,5
Mangelnde Bestätigung durch den Partner	15	4,6
Traumatisches Erlebnis in Kindheit oder Pubertät	13	4,0
Allgemeine Unzufriedenheit mit Lebensumständen	13	4,0
Kohabitationsstörung des Partners	13	4,0
Fehlende Zärtlichkeit des Partners	12	3,7
Negatives elterliches Vorbild	9	2,8
Störende Umgebung beim Geschlechtsverkehr	9	2,8
Strafe für sexuelle Betätigung in der Kindheit	8	2,4
Sexuelle Unerfahrenheit	8	2,4
Minderwertigkeitsgefühle gegenüber dem Partner	8	2,4
Körperbehinderung eines Partners	6	1,8
Unsicherheit in der Wahl des Partners	4	1,2
Übermäßige berufliche Anspannung	4	1,2
Onanose	4	1,2
Aggressivität eines Partners	3	0,9
Homosexualität eines Partners	2	0,6

Tab. 22: Angegebene Ursachen der weiblichen Kohabitationsstörungen (n = 327, Mehrfachnennungen möglich)

MÄNNLICHE KOHABITATIONSSTÖRUNGEN

Alter der Ratsuchenden:

Die Altersverteilung der 180 Männer mit einer Kohabitationsstörung ist mit der aller männlichen Ratsuchenden nahezu identisch.

Familienstand der Ratsuchenden:

Nahezu die Hälfte, nämlich 48,9 % aller Männer mit Kohabitationsstörungen waren ledig, ein Drittel (60 Personen) verheiratet, 5 Männer (2,8 %) geschieden. Es findet sich somit ein deutlich höherer Anteil lediger Männer als unter allen männlichen Ratsuchenden.

Ledig	88	48,9 %
Verheiratet	60	33,3 %
Geschieden	5	2,8 %
Keine Angaben	27	15,0 %

Tab. 23: Familienstände der Männer mit Kohabitationsstörungen (n = 180)

Berufe der Ratsuchenden:

Die Berufsverteilung der Männer mit Kohabitationsstörungen unterscheidet sich nur unwesentlich vom Gesamtklientel, mit der Ausnahme, daß die Gruppe der Beamten, Selbständigen und Akademiker im Vergleich seltener vertreten ist.

Berufe	Nennungen	%
Angestellte	59	32,8
Beamte, Akademiker, Selbständige	35	19,4
Studenten	30	16,7
Schüler, Lehrlinge	17	9,4
Arbeiter	12	6,7
Soldaten, Ersatzdienstleistende	3	1,7
Arbeitslose	2	1,1
Rentner	1	0,6
Keine Angaben	21	11,7

Tab. 24: Berufe der Männer mit Kohabitationsstörungen

Art und Häufigkeiten der männlichen Kohabitationsstörung:

Am häufigsten, nämlich 84mal (= 46,7 %), war eine Ejaculatio praecox Grund zum Aufsuchen der Beratungsstelle. Von den 61 Fällen mit Impotentia coeundi (33,9 %) traten 11 zusammen mit einer Ejaculatio praecox auf. Über Algopareunie klagten 20 Männer (11,1 %) und über Libidoverlust 18 Männer (10 %). Die hier genannten vier Kohabitationsstörungen erfassen 95 % aller Fälle und sollen im Folgenden näher untersucht werden.

Störung	n	%
Ejaculatio praecox	84	46,7
Impotentia coeundi	61	33,9
Algopareunie	20	11,1
Libidoverlust	18	10,0
Ejaculatio deficiens	8	4,5
Impotentia satisfactionis	4	2,2
Homosexualität	3	1,7
Unbekannte Störung	23	12,8

Tab. 25: Art der männlichen Kohabitationsstörung
(n = 180, Mehrfachnennungen möglich)

Art der Störung und Beruf:

Vergleicht man den Anteil der einzelnen Berufsgruppen an den beiden am häufigsten genannten Störungen, so fällt auf, daß der Anteil der Schüler und Lehrlinge mit Impotentia coeundi deutlich über deren Anteil bei allen männlichen Ratsuchenden liegt. Arbeiter mit Ejaculatio praecox und Angestellte mit Impotentia coeundi finden sich seltener, als diese Berufsgruppen im gesamten männlichen Kollektiv vertreten sind. Beamte, Akademiker und Selbständige sind bei allen Störungen seltener vertreten.

Berufe	Ejaculatio praecox		Impotentia coeundi	
Angestellte (34,6 %)	29	34,5 %	14	23,0 %
Beamte, Akademiker und Selbständige (27,2 %)	18	21,4 %	13	21,3 %
Studenten (16,6 %)	15	17,9 %	12	19,7 %
Arbeiter (11,4 %)	4	4,8 %	5	8,2 %
Schüler, Lehrlinge (6,8 %)	6	7,1 %	11	18,0 %
Soldaten, Ersatzdienstleistende (1,2 %)	3	3,6 %	-	-
Keine Angaben	8	9,5 %	6	9,8 %
Summen	84	100,0 %	61	100,0 %

Tab. 26: Art der männlichen Kohabitationsstörung und Beruf des Betroffenen. Die Prozentzahlen in Klammern geben den Anteil der jeweiligen Berufsgruppe am männlichen Gesamtklientel an.

Überwiegend kam der problembelastete Mann allein in die Beratungsstelle, lediglich beim Vorliegen einer Algopareunie oder eines Libidoverlustes suchten etwa genausoviele Partnerinnen nach Rat. Es fällt auf, daß im Vergleich zu anderen Störungen wegen einer Ejaculatio praecox viele Paare gemeinsam erschienen.

Störung	Männer	Frauen	Paare
Ejaculatio praecox	56	5	23
Impotentia coeundi	43	10	8
Algopareunie	9	10	1
Libidoverlust	8	9	1

Tab. 27: Geschlecht der Ratsuchenden bei männlichen Kohabitationsstörungen

Die Zahl der Fälle mit Ejaculatio praecox (1971: 38,9 %, 1975: 45,0 %) und Impotentia coeundi (1971: 16,7 %, 1975: 18,8 %) stieg überproportional an, bei den anderen Störungen war nur eine geringe Verschiebung der Relationen zu erkennen.

Alter und Familienstand:

Die Mehrzahl der Männer mit Ejaculatio praecox oder Impotentia coeundi war zwischen 20 und 24 Jahren alt und ledig. Männer mit Algopareunie oder Libidoverlust waren dagegen überwiegend zwischen 30 und 34 Jahren alt und verheiratet.

Ursachen der Störung:

Bei 115 Fällen (52,0 %) finden wir Angaben über die möglichen Ursachen der Störung. Auch bei den Männern werden am häufigsten eine strenge Erziehung mit mangelnder sexueller Aufklärung und akute körperliche Erkrankungen angeschuldigt (je 19mal, entsprechend 8,6 %).

Kohabitationsstörungen beider Partner:

In 38 Fällen bestand eine Kohabitationsstörung beider Partner, das sind 21,1 % aller Fälle von Sexualstörungen des Mannes. 18mal bestand dann eine Ejaculatio praecox, bei der wiederum 8 Frauen über eine Anorgasmie, 2 Frauen über eine Frigidität und ebenfalls je 2 Frauen über einen verzögerten Orgasmus oder Libidoverlust klagten.

Art der weiblichen Störung	Fälle
Unbekannte Störung	1
Frigidität	2
Anorgasmie	8
Dyspareunie	2
Virginität	1
Orgasmus retardatus	2
Libidoverlust	2

Tab. 28: Kohabitationsstörung der Frau bei Ejaculatio praecox des männlichen Partners

Art der männlichen Störung	Fälle
Unbekannte Störung	1
Ejaculatio praecox	8
Impotentia coeundi	4
Impotentia satisfactionis	2

Tab. 29: Kohabitationsstörung des Mannes bei Anorgasmie des weiblichen Partners

"KONFLIKT"-SCHWANGERSCHAFTEN

587mal wurde im Beobachtungszeitraum wegen einer sicheren oder möglichen Schwangerschaft um Rat gefragt. In 34 dieser Fälle erschien diese Schwangerschaft konfliktfrei.

Alter der Schwangeren:

Die Altersverteilung der Schwangeren unterscheidet sich nur unwesentlich von der aller ratsuchenden Frauen im generativen Alter.

Altersgruppe	Zahl	%
10 - 14	4	0,7
15 - 19	102	17,3
20 - 24	131	22,3
25 - 29	110	18,7
30 - 34	89	15,1
35 - 39	71	12,1
40 - 44	27	4,6
45 - 49	2	0,3
Unbekannt	51	8,7

Tab. 30: Altersverteilung der Schwangeren (n = 587)

Familienstand der Schwangeren:

Im Vergleich zum Gesamtkollektiv liegt der Anteil der ledigen und geschiedenen Frauen bei den Schwangeren deutlich höher.

Familienstand	Zahl	%
Ledig	223	38,0
Verheiratet	253	43,1
Geschieden	46	7,8
Verwitwet	4	0,7
Unbekannt	61	10,4

Tab. 31: Familienstand der Schwangeren

Berufe:

Bis auf einen deutlich geringeren Anteil der Angestellten und Studentinnen unter den schwangeren Frauen finden sich keine nennenswerten Unterschiede zum gesamten weiblichen Klientel.

Beruf	Zahl	%
Angestellte	183	31,2
Hausfrauen	164	27,9
Beamtinnen, Akademikerinnen, Selbständige	18	3,1
Studentinnen	47	8,0
Schülerinnen, Lehrlinge	73	12,5
Arbeiterinnen	28	4,8
Keine Angaben	74	12,6

Tab. 32: Berufe der "Konflikt"-Schwangeren

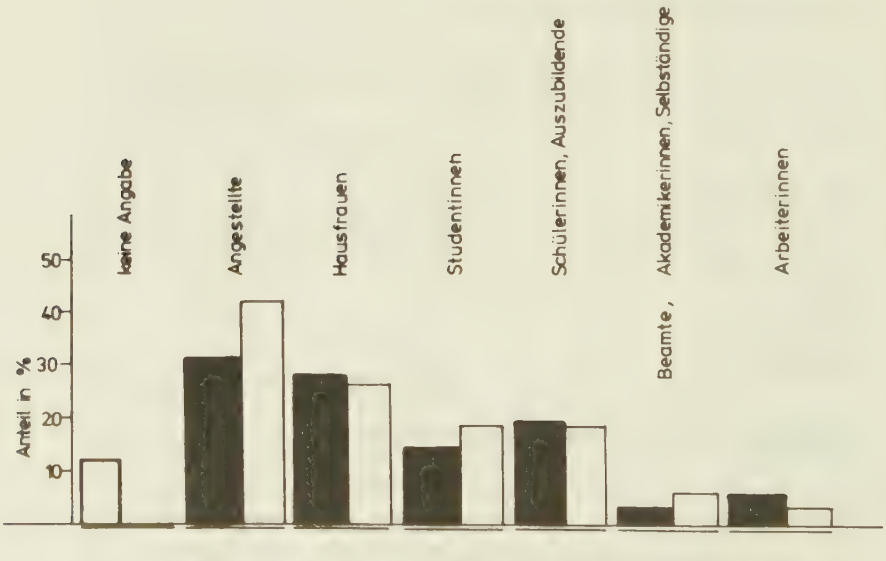

Abb. 8: Prozentuale Verteilung der Berufe der Schwangeren (schwarze Säulen).
Z. Vgl.: Gesamtes weibliches Klientel (weiße Säulen)

Geschlecht der Ratsuchenden:

372 Frauen (63,6 %) suchten ohne Begleiter die Beratungsstelle auf, 159 (27,2 %) kamen mit ihrem Partner. 48mal (8,2 %) erschien der männliche Partner ohne die Schwangere, 6mal (1 %) ein naher Angehöriger der Schwangeren.

Konfliktschwangerschaft und Kinderzahl:

Unter den Frauen, deren Kinderzahl bekannt ist, finden sich weniger kinderlose als im gesamten weiblichen Klientel.

Kinderzahl	Frauen	%	z. Vgl. Gesamtklientel %
0	152	40,5	51,3
1	72	19,2	20,4
2	88	23,5	17,5
3	42	11,5	7,5
4	13	3,5	2,3
5 und mehr	7	1,9	1,0

Tab. 33: Kinderzahl der "Konflikt"-Schwangeren

Alter der Schwangerschaft:

Zwei Frauen kamen wegen einer unbegründeten Schwangerschaftsangst zur Beratung. Bei 546 Frauen war die Schwangerschaft sicher diagnostiziert, davon befanden sich 113 im ersten, 223 im zweiten und 104 im dritten oder höheren Schwangerschaftsmonat. In 106 Fällen finden sich hierzu keine Angaben.

Konfliktgründe:

Folgende Ursachen des Schwangerschaftskonfliktes wurden genannt:

	n	%
1. Angst um die Gesundheit der Mutter	102	18,4
2. Finanzielle Schwierigkeiten	100	18,1
3. Angst um die Gesundheit des Ungeborenen	68	12,3
4. Schwangere ist unverheiratet	61	11,0
5. Nicht abgeschlossene Berufsausbildung	54	9,8
6. Schwangerschaft entstand außerehelich	46	8,3
7. Schwangere fühlt sich zu jung	45	8,1
8. Partner fühlt sich zu jung	44	8,0
9. Die geplante Kinderzahl ist erreicht	41	7,4
10. Es besteht ein akuter Partnerkonflikt	32	5,8
11. Schwangere fürchtet um soziales Ansehen	28	5,1
12. Schwangere hat Angst vor ihren Eltern	27	4,9
13. Beengte Wohnverhältnisse	26	4,7
14. Schwangere fürchtet die Kindererziehung	23	4,2
15. Schwangere ist psychisch zu labil	21	3,8
16. Bezugsperson der Schwangeren lehnt das Kind ab	19	3,4
17. Schwangere lehnt Kinder generell ab	16	2,9
18. Schwangere hat gerade entbunden	16	2,9
19. Schwangerschaft entstand ungeplant	8	1,5
20. Schwangerschaft entstand durch Vergewaltigung	4	0,7

Tab. 34: Ursachen des Schwangerschaftskonfliktes (n = 553, Mehrfachnennungen möglich)

KINDERWUNSCH

Ratsuchende:

Es kamen 30 Paare zur Beratungsstelle, außerdem 22 Frauen und 7 Männer ohne ihren Partner.

Alter der Ratsuchenden:

Die Altersgruppe der 30-34-jährigen ist bei den Frauen mit 39 % und bei den Männern mit 23,7 % am häufigsten vertreten.

Altersgruppe	Frauen	Männer
20 - 24	5	1
25 - 29	18	9
30 - 34	23	14
35 - 39	8	8
40 - 44	1	2
unbekannt	4	25
Summe	59	59

Tab. 35: Alter der Ratsuchenden mit Kinderwunsch

Berufe:

Es fällt ein hoher Anteil von Akademikern unter den männlichen Partnern auf.

Beruf	Frauen	Männer
Angestellte	27	13
Hausfrauen	11	-
Akadem./Beamt.	5	22
Arbeiter	5	8
Studenten	4	3
Keine Angabe	7	13

Tab. 36: Berufe der Ratsuchenden mit Kinderwunsch

Familienstand:

Sechs der Frauen (10,2 %) mit Kinderwunsch waren alleinstehend, alle anderen verheiratet.

Kinderzahl:

48 der 59 Partnerschaften waren kinderlos, 5 Ratsuchende hatten bereits ein Kind, eine 2 Kinder und zwei 3 Kinder. In 3 Fällen liegen keine Angaben zur Kinderzahl vor.

SEXUALPÄDAGOGISCHE FRAGEN

Ratsuchende:

Wegen einer sexualpädagogischen Frage suchten 12 Frauen, 7 Männer, 1 Paar und 2 Angehörige die Beratungsstelle auf.

Alter der Ratsuchenden:

Die größte Altersgruppe bilden die 15-19jährigen - es waren dies hauptsächlich Mädchen -, gefolgt von den 40-44jährigen.

Altersgruppen	Frauen	Männer	Summe
10 - 14	1	-	1
15 - 19	4	1	5
20 - 24	1	2	3
25 - 29	-	3	3
30 - 34	1	-	1
35 - 39	-	-	0
40 - 44	2	2	4
45 - 49	2	0	2
50 - 54	-	-	0
55 - 59	-	-	0
60 - 64	1	-	1

Tab. 37: Alter der Ratsuchenden mit sexualpädagogischen Fragen

Berufe:

Je fünf Ratsuchende waren Hausfrauen und Angestellte, je 4 Schüler oder Akademiker bzw. Selbständige. Außerdem kamen 2 Studenten.

Beruf	Frauen	Männer	Summe
Angestellte	3	2	5
Hausfrauen	5	-	5
Akademiker Selbständige	-	4	4
Schüler	3	1	4
Studenten	-	2	2

Tab. 38: Berufe der Ratsuchenden mit sexualpädagogischen Fragen

MEDIZINISCHE UND PSYCHOLOGISCHE FRAGEN

Ratsuchende:

Wegen medizinischer und psychologischer Fragen, die keinem Beratungsinhalt der PRO FAMILIA zugeordnet werden können, ersuchten 52 Männer, 90 Frauen und 23 Paare um Rat.

Alter der Ratsuchenden und ihrer Partner:

Die Altersverteilung der Ratsuchenden zeigt keine Auffälligkeiten im Vergleich zu der des Gesamtklientels.

Altersgruppe	Frauen	Männer	Summe
10 - 14	3	-	3
15 - 19	20	10	30
20 - 24	29	23	52
25 - 29	22	14	36
30 - 34	17	12	29
35 - 39	12	11	23
40 - 44	5	5	10
45 - 49	4	1	5
50 - 54	2	-	2
55 - 59	1	-	1
60 - 64	-	2	2

Tab. 39: Alter der Ratsuchenden mit medizinischen und psychologischen Fragen

Berufe:

Am häufigsten ist die Gruppe der Angestellten - überwiegend Frauen - vertreten, gefolgt von den Studenten, in der Mehrzahl Männer.

Beruf	Frauen	Männer	Summe
Angestellte	41	19	60
Studenten	16	24	40
Schüler, Lehrlinge	24	10	34
Beamte, Akademiker, Selbständige	6	21	27
Hausfrauen	20	-	20
Arbeiter	3	7	10
Soldaten, Ersatzdienstleistende	-	3	3
Arbeitslose	unter Hausfrauen	?	?

Tab. 40: Berufe der Ratsuchenden mit medizinischen und psychologischen Fragen

Familienstand:

Familienstand	Frauen	Männer	Summe
Ledig	59	38	97
Verheiratet	49	34	83
Geschieden	6	3	9
Verwitwet	1	1	2

Tab. 41: Familienstand der Ratsuchenden mit medizinischen und psychologischen Fragen

KONTAKTSTÖRUNGEN

Ratsuchende:

Wegen Schwierigkeiten, einen Partner zu finden bzw. eine Partnerschaft aufrechtzuerhalten, kamen 36 Ratsuchende (12 Frauen und 24 Männer) während des Beobachtungszeitraumes zur Beratungsstelle. Bis auf 3 verheiratete Frauen waren alle Ratsuchenden ledig, von einem männlichen Ratsuchenden ist der Familienstand nicht bekannt.

Alter:

Am häufigsten kamen Männer zwischen 20 und 24 Jahren. Zusammen mit den gleichaltrigen Frauen bilden sie die größte Altersgruppe, gefolgt von den 25-29-jährigen.

Altersgruppe	Frauen	Männer	Summe
15 - 19	-	3	3
20 - 24	4	10	14
25 - 29	6	5	11
30 - 34	1	2	3
35 - 39	-	4	4
40 - 44	-	-	0
45 - 49	1	-	1
Summe	12	24	36

Tab. 42: Alter der Ratsuchenden mit Kontaktstörungen

Beruf:

Überwiegend kamen Angestellte und junge Menschen mit noch nicht abgeschlossener Ausbildung, wie Schüler, Lehrlinge und Studenten wegen einer Kontaktstörung zur Beratungsstelle.

Beruf	Frauen	Männer	Summe
Angestellte	7	7	14
Schüler, Lehrlinge	2	6	8
Studenten	1	6	7
Beamte, Akademiker, Selbständige	1	2	3
Arbeiter	-	2	2
Arbeitslose	-	1	1
Unbekannt	1	-	1

Tab. 43: Berufe der Ratsuchenden mit Kontaktstörungen

BERATUNG UND ERFOLG

In 1126 Fällen (72,4 %) konnte die PRO FAMILIA die Beratung der Ratsuchenden selbst durchführen. In 653 Fällen bestand diese in Gesprächen mit dem beratenden Arzt, 291mal wurde an Psychologen und psychotherapeutisch geschulte Ärzte der PRO FAMILIA, 85mal an eigene Sozialarbeiter, 23mal an den Juristen verwiesen. Von 23 Anträgen auf Schwangerschaftsabbruch, die von den PRO FAMILIA-Ärzten gestellt wurden, war 19 zugestimmt worden. In 18 Fällen wurde beraten, nachdem ein niedergelassener Arzt einen solchen Antrag gestellt hatte.

In 297 Fällen (19,1 %) wurden die Ratsuchenden an niedergelassene Ärzte verwiesen, davon 139mal an Psychiater und Psychotherapeuten, 96mal an Gynäkologen, 16mal an Dermatologen, 14mal an den Hausarzt, 8mal an Urologen und 6mal an ein humangenetisches Institut.

Bei 128 Fällen mußten die beratenden Ärzte an Beratungsstellen anderer Institutionen vermitteln, davon 74mal an eine Eheberatungsstelle einer konfessionell gebundenen Organisation und 46mal an den Mutterschutz. Hinzu kommen städtische Behörden, Drogenberatung, Anonyme Alkoholiker und andere.

Der Rücklauf von Nachrichten über den Erfolg der Beratung ist nur spärlich, insbesondere weil in 74,4 % der Fälle nur ein einziges Mal die Beratungsstelle aufgesucht wurde.

So finden wir in dem Bereich, in dem der Ausgang einer Beratung exakt zu zählen ist, nämlich bei der Schwangerschaftskonfliktberatung, bei 553 Fällen nur 138 Angaben: 71 Schwangerschaften (12,8 %) wurden sicher ausgetragen, von 67 weiß man, daß sie abgebrochen wurden (12,1 %). Auffallend ist die steigende Zahl der ausgetragenen Schwanger-

schaften ab 1974, trotzdem stagniert auch hier die Zahl der Erfolgsmeldungen.

Jahr	Schwangerschafts-beratung	Geburten	Abbrüche	nicht bekannt
1971	28	1	3	24
1972	46	2	5	39
1973	40	2	10	28
1974	156	18	14	124
1975	316	48	35	233

Tab. 44: Zahl der Schwangerschaftsberatung und Ende der Schwangerschaft während des Beobachtungszeitraumes

Von den 71 ausgetragenen Schwangerschaften waren 26 Schwangere durch PRO FAMILIA-Sozialarbeiter, 14 durch Berater des Mutterschutzes, 4 durch einen niedergelassenen Gynäkologen und je eine durch einen eigenen oder niedergelassenen Psychotherapeuten weiterbetreut worden.

5. D I S K U S S I O N

Mit der Namensänderung im Jahre 1971 hat sich die PRO FAMILIA - Deutsche Gesellschaft für Sexualberatung und Familienplanung e. V. - neben der Kontrazeptionsberatung eine zusätzliche Aufgabe gestellt. Sie wird dieser in der Ausbildung der Mitarbeiter und der Erweiterung des Beratungsangebotes gerecht. Die Beratung bei Sexualproblemen, Partner- und Schwangerschaftskonflikten wird von einer zunehmenden Zahl von Ratsuchenden in Anspruch genommen, wie der Anstieg der Beratungsfälle dieser Problembereiche in den 5 Beobachtungsjahren zeigt. In den Jahren 1971 bis 1973 ist dies im wesentlichen auf die gleichmäßige Zunahme der Beratungen bei Partnerkonflikten, Kohabitationsstörungen und in geringerem Maße auch bei Konfliktschwangerschaften zurückzuführen. Die Schwangerschaftskonfliktberatung überwiegt jedoch in den Jahren 1974 und 1975 und stellt 1975 schon 42,4 % des untersuchten Klientels. Es findet dies seine Ursache in der vermehrten öffentlichen Diskussion um die Änderung des § 218 StGB und in dessen Reform vom 18.6.1974. Seit diesem Zeitpunkt wird bei einem gewünschten Schwangerschaftsabbruch eine umfassende Beratung zur Pflicht. Bestimmte Beratungsstellen verschiedener Trägerorganisationen, u.a. auch die Beratungsstelle Frankfurt der PRO FAMILIA, erhielten eine umfassende finanzielle Förderung der Bundesregierung zur materiellen und vor allem personellen Erweiterung und wurden zu dieser Art der Beratung autorisiert. Mit der Zunahme der Schwangerschaftskonfliktberatung und der Erweiterung der Indikation zu einem Schwangerschaftsabbruch finden sich auch mehr Angaben über die einzelnen Konflikte.

Auch in den anderen oben genannten Beratungsbereichen nimmt die Zahl der Ratsuchenden zu, wobei die Zahl der Beratungsfälle mit weiblichen Kohabitationsstörungen 1975 stagnierte. Im gleichen Jahr - verbunden mit dem größeren Bekanntheitsgrad der Organisation - finden sich mehr Ratsuchende mit

anderen, nicht zu den Beratungsinhalten der PRO FAMILIA gehörenden medizinischen Fragen.

Bei den Problembereichen Kinderwunsch, Kontaktstörungen und Sexualpädagogik verändern sich die absoluten Zahlen im Beobachtungszeitraum nur unwesentlich, ihr Anteil am Gesamtklientel geht deutlich zurück.

Jeder 5. Ratsuchende erscheint mit seinem Partner in der Beratungsstelle, bzw. der Partner ist nach einem ersten Gespräch bereit, auch an der Beratung teilzunehmen. Ein Vergleich zu den vom Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit (BMJFG) 1971 ermittelten Zahlen (54) erscheint wegen der teilweise stark divergierenden Beratungsinhalte anderer Beratungsstellen wenig sinnvoll. Der Anteil der alleine beratenen Männer ist bei den anderen Stellen nahezu identisch, jedoch wurden in unserem Klientel deutlich mehr Paarberatungen durchgeführt (25 %, BMJFG-Studie: 10 %).

Bezüglich der Altersverteilung finden wir bei den Frauen einen absoluten Gipfel zwischen 20 und 24 Jahren. Im Gegensatz zu den Männern finden sich auch weibliche Ratsuchende unter 15 Jahren. Unter den männlichen Ratsuchenden ist kein eindeutiger Altersgipfel zu beobachten. Zwischen dem 21. und 35. Lebensjahr sind alle Jahrgänge gleichmäßig vertreten. Wie in der BMJFG-Untersuchung (54) anderer Beratungsstellen sind über ein Drittel der Männer zwischen 30 und 40 Jahre alt, der Anteil der Frauen dieser Altersgruppe liegt in unserem Klientel mit 27,9 % etwas niedriger. Die Altersgruppe der 20- bis 30-jährigen Frauen beträgt in unserer Studie 46,4 %. Sie ist also nahezu doppelt so hoch wie in anderen Beratungsstellen.

Auf eine Diskussion der Konfessionszugehörigkeit der Ratsuchenden muß verzichtet werden, da auf den Karteikarten die Eintragungen "ohne Konfession" und "nicht gefragt"

nicht immer sicher zu unterscheiden war. Diese Fälle wurden sämtlich unter "konfessionslos" gezählt.

Läßt man die Fälle, in denen der Familienstand des Partners nicht bekannt ist, unberücksichtigt, so bleibt das Verhältnis der Ledigen zu den Verheirateten bei beiden Geschlechtern gleich. Bei den Frauen stellen jedoch die Geschiedenen mit 5,5 % aller bekannten Familienstände einen höheren Anteil als bei den Männern (2,0 %). In 12 Fällen war mindestens einer der ratsuchenden Partner mit einem Dritten verheiratet.

ZUBER (57) zeichnete 1961 die Altersdifferenzen der Partner von 1350 gestörten Ehen auf. Es überwogen die gleichaltrigen, wobei in diese Gruppe alle Paare mit einer Altersdifferenz bis zu 2 Jahren einbezogen wurden. Grenzt man diese Altersgruppe in unserem Klientel mit 492 bekannten Altersdifferenzen entsprechend ein, so überwiegt sie auch hier deutlich mit einem Anteil von 44 %. Bei den Ratsuchenden, die wegen eines Partnerkonfliktes die Beratungsstelle aufsuchten, waren es ebenso 40 %. Ein weiterer Vergleich ist wegen der nicht eindeutigen Abgrenzung der Altersgruppen bei ZUBER nicht möglich.

Betrachtet man die Berufsverteilung unseres Klientels, so findet man die von WAHL (54) beschriebene Situation mehr oder minder bestätigt. Er hob hervor, daß sich Angestellte bedeutend häufiger und Arbeiter weit seltener unter den Ratsuchenden der von ihm untersuchten Beratungsstellen finden als in der Gesamtbevölkerung. Auch kommen überproportional viele Schülerinnen und Studentinnen zur Beratung, selbst wenn ihr Anteil in unserem Klientel weit niedriger liegt, als es von WAHL (54) für die PRO FAMILIA beschrieben wurde. Hausfrauen und Selbständige sind seltener als in der Gesamtbevölkerung vertreten.

51 % der Ratsuchenden, bei denen man die Kinderzahl ersehen konnte, waren kinderlos. Das sind mehr, als WAHL (54) bei den nicht der PRO FAMILIA zugehörigen Beratungsstellen vorfand (ca. 25 %), aber weniger,als dieser für die gesamte PRO FAMILIA-Beratung eruierte (ca. 75 %). Der Anteil der Paare mit 4 oder mehr Kindern entspricht etwa dem von WAHL für die evangelischen und nichtkonfessionellen Beratungsstellen beschriebenen. Seine Aussage, dieser Personenkreis käme kaum in die PRO FAMILIA-Beratungsstellen, ist zumindest in unserem Klientel nicht bestätigt.

Angaben über Aborte sind bei einer großen Dunkelziffer und bei dem großen Anteil der Problemfälle, in denen keine Angaben gemacht wurden, nur begrenzt verwertbar. Es ist jedoch ersichtlich, daß 14 % der Frauen, bei denen die Zahl der Aborte erkennbar war, bereits eine oder mehrere Fehlgeburten hatten. Das sind 10 % weniger als in einem von GOECKE untersuchten Klientel unterfränkischer Frauen (17).

WAHL (54) fand den höchsten Anteil an verheirateten Ratsuchenden bei den zwei Jahre Verheirateten, ZUBER (57) im zweiten Ehejahr. Unsere Zahlen, bei denen Verheiratete im dritten Ehejahr vorherrschen, bestätigen nahezu die von WAHL erarbeiteten. 40,9 % der Ehepaare befanden sich, wie bei ZUBER, in den ersten fünf Ehejahren. Nach dem dritten Ehejahr sinkt die Häufigkeit relativ gleichmäßig ab. Interessant ist ein - allerdings statistisch nicht signifikanter - Abfall im achten Ehejahr.

Anhand der verschiedenen Problemnennungen, insbesondere der Mehrfachnennungen, ist die enge Verknüpfung zwischen einzelnen Problemen offensichtlich. Insbesondere scheinen Partnerkonflikte und Kohabitationsstörungen sehr verflochten, wobei das causale Problem nur in Einzelfällen erarbeitet werden kann (37).

Schwierigkeiten in einer Partnerschaft erhalten um so mehr einen Problemcharakter, je schwerer die eingegangene Bindung wieder aufzulösen ist. Es finden sich deshalb auch in unserem Klientel mit Partnerkonflikt mehr verheiratete Paare, vor allem der sogenannten reiferen Jahrgänge, und damit weniger Ratsuchende, die noch in der Ausbildung stehen. Auch das Korrelat zwischen Bildungsgrad und Problembewußtsein schlägt sich in der Berufsverteilung nieder. Ebenso finden wir eine andere Aussage von MASTERS und JOHNSON (37) bestätigt, wobei Frauen bei länger anhaltenden Störungen als erste nach einer Beratung suchen. Die Tatsache, daß die Mehrzahl der Ratsuchenden zunächst einmal den Partner als Konfliktverursacher anschuldigt, ist ein Erfahrungswert vieler Eheberater, der sich auch in unserer Statistik niederschlägt. Sieht man von der Bedeutung ab, die ZUBER (57) der Charakterdissonanz beimißt und die auch in einer retrospektiven Studie schwer zu erfassen ist, so steht in seinem und unserem Klientel die Untreue eines Partners als Konfliktursache im Vordergrund, dicht gefolgt von den Sexualstörungen. Der Alkoholismus hat in unserer Untersuchung einen geringen Stellenwert. Ratsuchende, die um eine Entscheidungshilfe bei der Auswahl ihres Partners nachsuchen, bzw. nach dieser Entscheidung verunsichert wurden, finden sich relativ häufig. Zwei Konfliktursachen erscheinen erwähnenswert, einmal die mangelnde Lösung eines Partners von seinen Eltern, deren konfliktfördernde Wirkung unbestritten ist, und zum anderen die Bedeutung einer Schwangerschaft bzw. deren Abbruch für eine Partnerschaft. Unerwartet selten werden Massenmedien mit ihrer normativen Kraft auch auf Partner- und Sexualverhalten als Konfliktgrund angeschuldigt, wobei bekannterweise deren Macht nicht allen Ratsuchenden bewußt sein kann.

Die Ratsuchenden, die wegen einer Kohabitationsstörung der Frau die Beratungsstelle aufsuchten, unterschieden sich in mehreren Parametern vom Gesamtklientel. Es waren überwiegend jüngere ledige Frauen. Auch hier stellen die Hausfrauen die größte Berufsgruppe, jedoch fällt der im Vergleich zum Gesamtklientel höhere Anteil der Studentinnen auf. Diese Tatsache kann ihre Ursache im spezifischen Beratungsklientel der PRO FAMILIA haben, jedoch erscheint uns der Hinweis berechtigt, daß auch SCHMIDT und SIGUSCH (48) einen im Vergleich zu Arbeiterinnen höheren Anteil anorgastischer Frauen unter Studentinnen fanden. Die Bedeutung des sicherlich andersartigen Problembewußtseins unter Studentinnen und Akademikerinnen kann hier nur aufgezeigt werden. Es besteht gewiß nur ein geringer Zusammenhang mit der Tatsache, daß Studentinnen im Durchschnitt später als Arbeiterinnen den regelmäßigen Geschlechtsverkehr aufnehmen (48) und mit der Koituserfahrung die Orgasmusfähigkeit steigt (30). Man müßte dann trotzdem mehr Arbeiterinnen erwarten, sie wären lediglich altersmäßig jünger.

Bei der Untersuchung der unterschiedlichen Kohabitationsstörungen fällt zunächst auf, daß wegen Libidoverlust und verzögertem Orgasmus in der Mehrzahl Paare beraten wurden. Eine Begründung hierfür ist mit großer Sicherheit nicht im Familienstand der Ratsuchenden zu finden. Möglicherweise spielt die Befürchtung des männlichen Partners, selbst Ursache der weiblichen Sexualstörung zu sein, gerade hier eine maßgebliche Rolle.

Während es nach den Untersuchungen von KINSEY (30) verständlich wird, daß wegen einer Anorgasmie sich überwiegend ledige Frauen beraten lassen, so kann für das Überwiegen der verheirateten Frauen unter den Fällen von Frigidität noch keine plausible Begründung gefunden werden. Möglicherweise handelt es sich dabei in der Mehrzahl um Frauen, die bei der Eheschließung erwarteten, daß sich im Verlauf der Ehe eine zunehmende Libido einstelle. Es könnte sich aber auch um

Ratsuchende handeln, die erst durch entsprechende Publikationen in den Medien auf ihre Störungen aufmerksam gemacht wurden oder um solche, die in ihrer Erwartung, man werde sich im Verlauf der Ehe an den Geschlechtsverkehr ohne Libido gewöhnen, enttäuscht wurden. Die Bedeutung, die von den Massenmedien auf die sexuelle Erlebnisfähigkeit des Einzelnen ausgeht, kann in einer statistischen Untersuchung nur unbefriedigend erfaßt werden. Oft müssen die beratenden Ärzte, nachdem die Ratsuchenden ihre Empfindungen beschrieben haben, die Verdachtsdiagnose Anorgasmie oder Frigidität in Frage stellen. Es handelt sich dann fast immer um Fälle, in denen die unter anderem durch Massenmedien zu hoch gestellten Erwartungshaltungen enttäuscht wurden.

Unter den möglichen Ursachen, die die Ratsuchenden für ihre Störung annahmen, fällt auf, daß am zweithäufigsten gynäkologische Operationen bzw. Geburten als auslösende Faktoren genannt wurden. Grund kann einmal die Angst vor Schmerzen oder verändertem sexuellen Reaktionsvermögen sein, zum anderen die unbewußte Annahme, daß nach der Geburt eines oder mehrerer Kinder das Ziel sexueller Betätigung erreicht und diese damit nicht mehr "statthaft" sei.

Über eine Kohabitationsstörung klagten überraschend viele ledige Männer. Der Familienstand ist der Parameter, in dem sich das Soziogramm der Männer mit einer Sexualstörung von dem des gesamten Klientels am deutlichsten unterscheidet. Es fällt außerdem auf, daß die Gruppe der Beamten, Akademiker und Selbständigen seltener als im Gesamtklientel vertreten ist, obwohl nach MASTERS und JOHNSON (36) das Gegenteil erwartet werden könnte. Die von den genannten Autoren beobachtete Korrelation der Besorgnis der Männer und der sexuellen Frustration der Partnerin mit dem Bildungsniveau findet in unserer Statistik keinen entsprechenden Niederschlag.

Nahezu die Hälfte dieser Männer klagte über eine Ejaculatio praecox. Bei fast jedem achten Fall von Ejaculatio praecox bestand zusätzlich eine - wahrscheinlich sekundäre - Impotentia coeundi, das sind 18 % aller Fälle von Impotentia coeundi. Interessant erscheint, daß von Männern und Frauen nahezu gleich häufig über eine Algo- bzw. Dyspareunie geklagt wird (11,1 % der Männer und 12,2 % der Frauen mit Sexualstörungen). Betrachtet man die absoluten Zahlen, dann sind das jedoch doppelt so viele Frauen wie Männer, was der Beobachtung von MASTERS und JOHNSON (36) entsprechen könnte.

Die Tatsache, daß wegen einer Ejaculatio praecox auffallend viele Paare zur Beratung kamen, kann darin begründet sein, daß bei diesen Paaren darüber Unklarheit herrscht, welcher der beiden Partner unter einer Sexualstörung leidet. Wahrscheinlich wird deswegen auch in 8 Fällen gleichzeitig wegen einer Anorgasmie der Frau um Rat gefragt. Möglicherweise unterscheidet sich auch der Grad der sexuellen Frustration der Partnerinnen bei den einzelnen Störungen.

Bei der Fragestellung, welche Berufsgruppe über welche Sexualstörung klage, fällt auf, daß über eine Impotentia coeundi ein relativ höherer Anteil von Schülern und Lehrlingen klagt, als diese Berufsgruppe unter der Gesamtzahl aller Ratsuchenden vertreten ist. Die Erklärung scheint nicht in der beruflichen Beanspruchung, sondern eher im jugendlichen Alter dieser Ratsuchenden zu liegen. In der Unerfahrenheit begründete falsche Potenzerwartungen werden frustriert und das eigentlich normale Sexualverhalten als Potenzschwäche empfunden (4).

Von den 587 schwangeren Frauen, die beraten wurden, waren 553 (95,9 %) Schwangerschaften konfliktbehaftet. Die Mehrzahl dieser Frauen, nämlich 46,5 % waren zum Zeitpunkt der Beratung alleinstehend, was bei dem sozialen Ansehen, den eine alleinstehende Mutter einnimmt, bereits einen Hinweis auf eine mögliche Konfliktursache gibt. Interessant er-

scheint, daß sowohl Angestellte als auch Studentinnen im Vergleich zum Gesamtklientel deutlich seltener wegen eines Schwangerschaftskonfliktes die Beratungsstelle aufsuchten. Dies könnte seine Ursache in einem höheren Wissensstand über die Möglichkeiten der Empfängnisverhütung haben. In den meisten Fällen hatten diese Frauen noch keine Kinder, jedoch ist der Anteil der Frauen mit zwei oder mehr Kindern um 12 % höher als im Gesamtklientel. Die Mehrzahl der Frauen kam im zweiten Schwangerschaftsmonat zur Beratungsstelle. Dies mag einerseits seinen Grund darin finden, daß die Mehrzahl der Schwangerschaften erst im zweiten Monat diagnostiziert werden. Es kann zum anderen darauf hinweisen, daß diese Frauen erst nach einer gewissen Zeit der Überlegung oder nach Erfolglosigkeit der eigenen Konfliktlösungsversuche Rat bei der PRO FAMILIA suchen. Hierfür spricht auch die Zahl der 104 Frauen, die mit einer Schwangerschaft im dritten oder späteren Monat zur Beratung kamen.

Unter den Konfliktursachen, die genannt werden, rangiert die Angst um die Gesundheit der Schwangeren an erster Stelle. Jedoch kann man sich des Eindruckes nicht erwehren, daß dieser Konfliktgrund - zusammen mit der Furcht vor einer kindlichen Schädigung - in den meisten Fällen nur deshalb genannt werden, weil eine Bestätigung dieser beiden Ängste bereits in der alten Form des § 218 als eine Indikation zur Interruptio herangezogen wurde. Es erscheinen deshalb neben den genannten Gründen Ängste um die soziale Stellung von Mutter und Kind und um das Fortbestehen einer Partnerschaft, aus der dieses Kind hervorging, von besonderer Bedeutung. Zu erwähnen sei noch, daß 46 Schwangerschaften (8,4 %) nicht vom primären Partner gezeugt waren und nur 4 Schwangerschaften (0,7 %) durch eine Vergewaltigung entstanden.

Die Fallzahl bei den bisher nicht diskutierten Problemkreisen ist so gering, daß lediglich ein Teil des Sozio-

gramms der Ratsuchenden mit Kinderwunsch erwähnenswert erscheint. Es fällt hier lediglich ein hoher Anteil von Akademikern unter den Männern auf. Es überrascht jedoch die Tatsache, daß 10,2 % der Frauen mit Kinderwunsch ledig sind, möglicherweise versteckt sich dahinter der Wunsch nach einer dauerhaften Partnerbeziehung.

Die Mehrzahl der Ratsuchenden mit sexualpädagogischen Fragen lassen sich drei Gruppen zuordnen. Zum einen handelt es sich um Jugendliche in Pubertät oder Adoleszens, die bislang nicht vermittelte Informationen einholen, zum anderen um eine Gruppe Erwachsener - altersmäßig die Eltern von Jugendlichen dieser Altersgruppe -, die konfrontiert mit veränderten Sexualnormen und einem erweiterten Wissen über die Sexualität Informationen und Verhaltensmaßregeln erfragen. Hinzu kommen junge Erwachsene zwischen 20 und 30 Jahren, deren Probleme denen der beiden vorgenannten Gruppen ähnlich sind.

Die Ratsuchenden, die wegen eines medizinischen oder psychologischen Problems, das nicht zu den Beratungsinhalten der PRO FAMILIA zählt, die Beratungsstelle aufsuchten, lassen in ihrem Soziogramm nur wenige Auffälligkeiten erkennen. Eine Zuordnung zu bestimmten sozialen Gruppen erscheint wegen der Vielzahl unterschiedlichster Probleme nicht effizient. Dem genannten Problembereich wurden sowohl Fragen von in Frankfurt Zugezogenen nach bestimmten Ärzten und Psychotherapeuten als auch Ratsuchende, die wegen Alkoholismus, Drogen, Adoptionen usw. um Rat suchten, zugeordnet.

89 % der Ratsuchenden mit Kontaktstörungen waren ledig, es erstaunt trotzdem, daß drei verheiratete Frauen zu dieser Gruppe gehören. 69 % der Ratsuchenden dieses Problembereiches sind zwischen 20 und 30 Jahre alt.

Nahezu jeder fünfte Ratsuchende wurde an einen anderen - zumeist niedergelassenen - Arzt weiterverwiesen. Es kommt damit der Beratungsstelle eine gewisse Verteilerfunktion zu, bei der der Ratsuchende nach Diskussion des Problems bzw. einer somatischen Voruntersuchung dem kompetenten Facharzt oder dem Arzt für Allgemeinmedizin zugeleitet wird. In 12,2 % der Fälle erschien die Kapazität der Beratungsstelle erschöpft und das angesprochene Problem so speziell, daß dem Ratsuchenden empfohlen wurde, eine andere Beratungsstelle aufzusuchen. Hierunter fallen vor allem alle Adoptionsberatungen und ein Teil der Partnerkonfliktberatungen.

Auch bei den Schwangerschaftsberatungen, bei denen sich die beratenden Ärzte im Rahmen einer Nachberatung nach einem Schwangerschaftsabbruch einen relativ hohen Rücklauf von Informationen über die Entscheidung des Ratsuchenden wünschen, beträgt dieser nur 23,4 %. Es stehen sich 71 ausgetragene Schwangerschaften und 67 gesicherte Abbrüche gegenüber, wobei diese Zahlen wegen der Unkenntnis über den Ausgang von 448 Schwangerschaften an Bedeutung verlieren.

Mit dieser Arbeit soll der PRO FAMILIA die Möglichkeit gegeben werden, die Schwerpunkte im Beratungsangebot und in der Beraterausbildung zu überprüfen und evtl. neue Prioritäten zu setzen. Auch die Effizienz von Veränderungen der Beratungsstelle, sei es in der Ausstattung oder in der Ausbildung der Mitarbeiter, kann an der vermehrten Nachfrage bei bestimmten Problemen und in einer verbesserten Dokumentation der Befunde, Hilfeleistungen und deren Erfolge gemessen werden. So finden sich deutlich mehr Angaben über den sozialen Status und den Beratungsverlauf bei Konfliktschwangerschaften nach Änderung des § 218. Die Ursache liegt nur zu einem Teil in der verbesserten Rechtssicherheit der beratenden Ärzte. Der wesentliche Grund erscheint vielmehr die mit Umwandlung zur Modell-

beratungsstelle verbundene Einstellung von Sozialarbeiterinnen. Bei der vermehrten Weiterbetreuung der Ratsuchenden nach der ärztlichen Beratung steigen die Angaben über das soziale Umfeld und die Konfliktthintergründe der Ratsuchenden und über den Ausgang der Schwangerschaft. Dieses Wissen ist von großer Wichtigkeit für die Ärzte, die die Nachberatung nach einem Schwangerschaftsabbruch oder die Kontrazeptionsberatung nach Geburt oder Interruptio durchführen.

6. Z U S A M M E N F A S S U N G

Den PRO FAMILIA-Beratungsstellen kommt neben der Familienplanungsberatung eine wichtige sozialmedizinische Funktion in der Beratung bei Partnerkonflikten, Sexualstörungen und Konfliktschwangerschaften zu.

Es wurden retrospektiv unter Ausschluß der Kontrazeptionsberatung 1.556 in den Jahren 1971 bis 1975 abgeschlossene Beratungsfälle einer Beratungsstelle untersucht. Dabei nahm die Schwangerschaftskonfliktberatung in der Zeit von 1971 bis 1975 einen zunehmend größeren Raum ein. Es findet dies seine Ursache in der zwischenzeitlich erfolgten Reform des § 218 StGB und in der Tatsache, daß die Beratungsstelle im Rahmen der sogenannten flankierenden Maßnahmen personell und räumlich besser ausgestattet werden konnte. Beraten wurden vor allem Personen aus der sogenannten Mittelschicht, sowie Studenten und Schüler.

Die Zusammenfassung der verschiedenen, teilweise sehr unterschiedlichen Beratungsinhalte in einer Beratungsstelle erscheint sinnvoll, da in vielen Fällen das wesentliche Problem des Ratsuchenden nicht isoliert auftrat.

Als vordergründigste Ursache eines Partnerkonfliktes konnte neben den Sexualstörungen die Untreue eines Partners erkannt werden. Wegen einer Kohabitationsstörung suchten hauptsächlich jüngere ledige Frauen, meistens Hausfrauen, jedoch auch relativ viele Studentinnen, die Beratungsstelle auf. In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle handelt es sich bei weiblichen Kohabitationsstörungen um eine Anorgasmie, als Ursache oder scheinbarer Auslöser der Störung wird oft eine gynäkologische Operation oder Geburt genannt. Bei den männlichen Kohabitationsstörungen handelt es sich am häufigsten um eine Ejaculatio praecox. Es kommen überraschend viele ledige Männer zur Beratung. Auch die Mehrzahl der Schwangeren,

die beraten wurden, war ledig. Als hauptsächliche Ursache des Schwangerschaftskonfliktes wurden Ängste um die Gesundheit von Mutter und Kind genannt, daneben die Furcht vor finanziellen und sozialen Schwierigkeiten.

Die Beratung bei Kinderwunsch und in sexualpädagogischen Fragen werden zwar weiterhin durchgeführt, bilden aber in der Relation zu allen Beratungen einen immer kleineren Anteil. Sehr oft überweisen die beratenden Ärzte an niedergelassene Kollegen oder andere Beratungsinstitutionen.

Der Rücklauf von Informationen über den Beratungserfolg ist noch ungenügend, was die Selbstkontrolle des Beraters deutlich erschwert, ebenso die Dokumentation der erhobenen Daten und Befunde.

7. L I T E R A T U R V E R Z E I C H N I S

1) BECK, A.:
Gynäkologischer Aspekt Lebensqualität.
Sexualmedizin 3 (1974) 448

2) BECKER, R.:
Onanose.
Sexualmedizin 4 (1975) 709

3) BORELLI,S.:
Männliche Potenz und ihre Störungen.
Sexualmedizin 3 (1974) 230

4) BORELLI, S.:
Potenz und Potenzstörungen des Mannes.
Verlag Brüder Hartmann
Berlin 1971

5) BRÄUTIGAM, W.:
Sexualmedizin im Grundriß.
Thieme Verlag
Stuttgart 1977

6) DÄUMLING, A.M.:
Psychologische Beratung in: Klin. Psychologie
Bern 1970

7) DITTMAR, F. und G. KOCKOTT:
Hilfe zum Umlernen.
Verhaltenstherapie gegen Kohabitations-
störungen.
Sexualmedizin 1 (1972) 386

8) DURAND-WEVER, A.-M.:
Geschichte der PRO FAMILIA.
Familienplanung, Schriften des DPWV Nr. 36
Verlag des DPWV, Frankfurt am Main 1968

9) EICHER, W.:
Die verschlossene Frau.
Sexualmedizin 4 (1975) 84

10) EICHER, W.:
Libido- und Orgasmusstörungen unter
Ovulationshemmern.
Münch. med. Wschr. 114 (1972) 1286

11) EICHER, W. und V. HERMS:
Sexualverhalten nach gynäkologischen Operationen.
Sexualmedizin 5 (1976) 861

12) FREUD, S.:
Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie.
Fischer Verlag
Frankfurt /Main 1961

13) FRICK, V.:
Diagnostik und Therapie weiblicher Sexualstörungen in der ärztlichen Praxis.
Zeitschr. f. Allgemeinmed. 52 (1976) 440

14) FRICK, V.:
Frigidität und Anorgasmie.
Sexualmedizin 2 (1973) 58

15) FRICK, V.:
Psychologische Hinweise.
Arbeitsmaterial der PRO FAMILIA, Teil III
Selbstverlag, Frankfurt/Main 1974

16) FRIEDMAN, L.:
Virginität in der Ehe.
Stuttgart 1963

17) GOECKE, C.:
Sozialmedizinische Untersuchungen bei 20- bis 45jährigen Frauen aus Landgemeinden und Kleinstädten.
Deutsche Zentrale für Volksgesundheitspflege e.V., Frankfurt/Main 1973

18) GROEGER, G.:
Eheberatung in: Familien- und Lebensberatung.
Herausgeber S. Keil, Kreuz Verlag,
Stuttgart 1975

19) HEIGL-EVERS, A.:
Ehekonflikte und Ehekrisen.
Sexualmedizin 1 (1972) 133

20) HEIGL-EVERS, A. und F. HEIGL:
Geben und Nehmen in der Ehe.
Verlag für Angewandte Psychologie
Stuttgart 1971

21) HEIGL-EVERS, A. und F. HEIGL:
Lieben und Geliebtwerden in der Ehe.
Kindler Verlag, München 1974

22) HERMS, V.:
Algopareunie.
Sexualmedizin 5 (1976) 764

23) HINDELL, K.:
Der Ausweg hieß Abruptio.
Sexualmedizin 2 (1973) 346

24) INSTITUT FÜR MEDIZINISCHE UND PHARMAZEUTISCHE PRÜFUNGSFRAGEN:
Gegenstandskatalog für den 2. Abschnitt der Ärztlichen Prüfung K 3
Mainz 1974

25) de JONGE, I.F.:
Abtreibung als Notwehr.
Sexualmedizin 1 (1972) 192

26) JONGSMA, M.W. (Hrsg.):
Ehekonflikte.
Kindler Verlag, München 1975

27) JÜRGEN, H.W. und U. PIEPER:
Demographische und sozialmedizinische Auswirkungen der Reform des § 218.
Schriftenreihe des BMJFG, Bd. 30
Stuttgart 1975

28) KEMPER, W.W.:
Die funktionellen Sexualstörungen.
Kindler Verlag, München 1974

29) KINSEY, A.C.:
Das sexuelle Verhalten der Frau.
Fischer Verlag
Berlin und Frankfurt/Main 1970

30) KLEINMAN,R .L. (Hrsg.):
Medizinisches Handbuch.
International Planned Parenthood Federation (IPPF), London 1971

31) KOCKOTT, G. und F. DITTMAR:
Diagnose und Behandlung von Kohabitationsstörungen und Deviationen.
Sexualmedizin 1 (1972) 340, 386, 449

32) KREMSER, M. und A. BECK:
Sexualprobleme aus der Familienplanung.
Sexualmedizin 4 (1975) 774

33) LESSING-KREMER, G.-M.:
Sexualberatung in: Familien- und Lebensberatung
Herausgeber S. Keil, Kreuz Verlag,
Stuttgart 1975

34) LÜDERS, W.:
Beratung in: Familien- und Lebensberatung.
Herausgeber S. Keil, Kreuz Verlag,
Stuttgart 1975

35) MASTERS, W.H. und V.E. JOHNSON:
Die sexuelle Reaktion.
Rowohlt Taschenbuch Verlag
Reinbek bei Hamburg 1970

36) MASTERS, W.H. und V.E. JOHNSON:
Impotenz und Anorgasmie.
Goverts Krüger Stahlberg Verlag
Frankfurt/Main 1973

37) NEUE JURISTISCHE WOCHENSCHRIFT:
(1975) 573 ff

38) NUNBERG, H.:
Neurosenlehre.
Bern 1971

39) ORGANON SYMPOSION:
München 1970

40) PRILL, H.J.:
Psychosomatische Auswirkungen nach der Einnahme von Ovulationshemmern.
Geburtsh. Frauenhk., Heft 30 (1970), 212

41) PRO FAMILIA-STATISTIK:
PRO FAMILIA Informationen 2/76
Selbstverlag, Frankfurt/Main 1976
42) RICHTER, H.E.:
Eltern - Kind - Neurose.
Rowohlt Verlag
Reinbek bei Hamburg 1967
43) SIGUSCH, V. (Hrsg.):
Ergebnisse zur Sexualmedizin.
Wissenschafts-Verlag, Köln 1972
44) SIGUSCH, V. und T. MAACK:
Ejakulationsstörungen.
Sexualmedizin 5 (1976) 23
45) SCHMIDT, G. und V. SIGUSCH:
Sexuelle Verhaltensmuster bei jungen
Arbeitern und Studenten.
Beiträge zur Sexualforschung Bd. 49
Stuttgart 1970
46) SCHULTE, W., M. SCHULTE und S. SCHULTE:
Unerwünschte Schwangerschaft.
Stuttgart 1969
47) TAUSK, M.:
Zusammenfassung und Schlußfolgerungen.
Organorma 9/Heft 3 (1972)
48) VEENHOVEN, R.:
Wenn Abtreibung legalisiert wird.
Sexualmedizin 5 (1976) 350
49) VOGT, H.J.:
Anorgasmie des Mannes.
Sexualmedizin 3 (1974) 116
50) VOGT, H.J.:
Ausflucht Libidomangel.
Sexualmedizin 3 (1974) 456
51) WAHL, K.:
Familienbildung und -beratung in der BRD.
Schriftenreihe des BMJFG, Bd. 8 (1973)

52) WENDERLEIN, J.M.:
Intelligenz und Sexualität der Frau.
Sexualmedizin 5 (1976) 247

53) WHO:
Social aspects in the teaching of
obstetrics and gynaecology.
Wld.Hlth.Org.techn.Rep.Ser. 266 (1963)

54) ZUBER, H.:
Gestörte Ehen.
Verlag Hans Huber
Bern 1967

Herrn Prof. Dr. med. C. Goecke danke ich für die freundliche Überlassung des Themas und für die Unterstützung bei der Durchführung der Arbeit.

Herrn Prof. Dr. med. K.-H. Wulf danke ich für die Übernahme des Korreferates.

Herrn Dr. med. A. Baunach, Vorsitzender des medizinischen Komitees der PRO FAMILIA, danke ich für die Erlaubnis, Einsicht in die Unterlagen der Beratungsstelle Frankfurt/Main nehmen zu dürfen.

Lebenslauf:

Am 20. Juni 1950 wurde ich als erstes von vier Kindern des Bundesbahnbetriebsinspektors Karl Kienle und seiner Frau Ruth, geborene Ketzer, in Lorch am Rhein geboren.

Nach dem Besuch der Volksschule in Lorch und der Pestalozzischule Wiesbaden-Biebrich trat ich 1960 in die Gutenbergschule Wiesbaden ein, wo ich im Juni 1969 die Reifeprüfung bestand.

Zwischen Abitur und Studium war ich im Kreiskrankenhaus Bad Schwalbach als Pflegehelfer angestellt.

Im Sommersemester 1970 begann ich das Studium der Medizin an der Christian-Albrecht-Universität in Kiel, wo ich im Oktober 1971 die Naturwissenschaftliche Vorprüfung und im Oktober 1972 die Ärztliche Vorprüfung bestand. Nach dem ersten klinischen Semester wechselte ich an die Julius-Maximilians-Universität Würzburg, wo ich im Dezember 1975 das Medizinische Staatsexamen bestand.

Meine Medizinalassistentenzeit leistete ich vom 1.2.1976 bis 31.5.1976 in der chirurgischen Abteilung des Kreiskrankenhauses Gerolzhofen, vom 1.6.1976 bis 30.9.1976 in der Medizinischen Klinik des Juliusspitals Würzburg und vom 1.10.1976 bis 31.1.1977 in der chirurgischen Klinik desselben Krankenhauses ab.

Vom 1.2.1977 bis zum 30.4.1977 war ich als Assistenzarzt an der Inneren Abteilung des Krankenhauses Marienhof beschäftigt. Seit dem 1. Mai 1977 arbeite ich im Städtischen Krankenhaus Kemperhof in Koblenz, zunächst in der II. Medizinischen Klinik (Chefarzt Prof. Dr. W. Hallauer) und

seit dem 1.6.1979 in der I. Medizinischen Klinik (Chefarzt Prof. Dr. E. Seifert).

Seit dem 9. August 1974 bin ich mit Frau Dr. med. Gudrun Kienle geborene Wiesenhütter verheiratet.

Karl Heinz Kienle

Dissertationsdruck
Schmitt & Meyer

Würzburg Ludwigkai 28a Tel. 7 23 80

Dissertationsdruck
Schmitt & Meyer

Würzburg Ludwigkai 28a Tel. 7 23 80